I 11050

1968 ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII — 1968

1090

97

IIII 2005

I 11050

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

-- ULU 2014

U. IAN 2022

ALMANAH SANITAR

LA MULȚI ANI

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI — 1968

9748

Au colaborat:

Dr. P. V. Balenty
Dr. D. Bobic
Dr. I. Bordeianu
Dr. Gh. Brătescu
Dr. N. Chiotan
Farm. L. Cosmovici
Dr. S. Crivda
Farm. M. Dacu
Dr. Al. Dobrescu
Ing. M. Duzineanu
Dr. V. Frunză
Dr. M. Georgescu
Dr. Al. Gheorghiu
Dr. D. Gheorghiu
Farm. Em. Gheorghiu
Dr. Teodor Gheorghiu
Dr. Virginia Ioan
Dr. N. Ignătescu
Dr. I. Leonescu
A. Popescu
Conf. V. Petrescu-Coman
Dr. Edit Petruț
Dr. N. Popovici
Dr. Gh. Solcănescu
Dr. Odiseia Stanciu
Dr. I. Țugui
Dr. G. Vasiliu
Dr. A. Weiss

Coperta și grafica:
Ionel Drugă

Redactor responsabil:
Cornelia Iorga

Tehnoredactor:
Ruth Trîmbiționi

REPUBLICA
SOCIALISTA
ROMÂNIA

1968

IANUARIE

L	1	8	15	22	29
M	2	9	16	23	30
M	3	10	17	24	31
J	4	11	18	25	
V	5	12	19	26	
S	6	13	20	27	
D	7	14	21	28	

FEBRUARIE

		5	12	19	26
		6	13	20	27
		7	14	21	28
1		8	15	22	29
2		9	16	23	
3	10	17	24		
4	11	18	25		

MARTIE

		4	11	18	25
		5	12	19	26
		6	13	20	27
		7	14	21	28
1		8	15	22	29
2		9	16	23	30
3	10	17	24	31	

APRILIE

L	1	8	15	22	29
M	2	9	16	23	30
M	3	10	17	24	
J	4	11	18	25	
V	5	12	19	26	
S	6	13	20	27	
D	7	14	21	28	

MAI

		6	13	20	27
		7	14	21	28
1		8	15	22	29
2		9	16	23	30
3	10	17	24	31	
4	11	18	25		
5	12	19	26		

IUNIE

		3	10	17	24
		4	11	18	25
		5	12	19	26
		6	13	20	27
		7	14	21	28
1		8	15	22	29
2		9	16	23	30

IULIE

L	1	8	15	22	29
M	2	9	16	23	30
M	3	10	17	24	31
J	4	11	18	25	
V	5	12	19	26	
S	6	13	20	27	
D	7	14	21	28	

AUGUST

		5	12	19	26
		6	13	20	27
		7	14	21	28
1		8	15	22	29
2		9	16	23	30
3	10	17	24	31	
4	11	18	25		

SEPTEMBRIE

	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	
1	8	15	22	29	

OCTOMBRIE

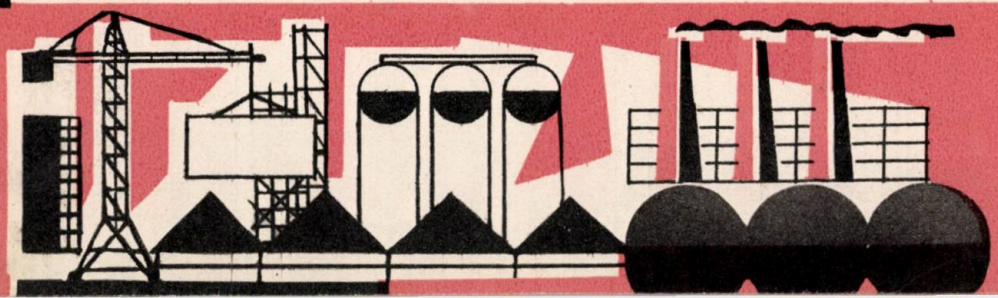
L		7	14	21	28
M	1	8	15	22	29
M	2	9	16	23	30
J	3	10	17	24	31
V	4	11	18	25	
S	5	12	19	26	
D	6	13	20	27	

NOIEMBRIE

		4	11	18	25
		5	12	19	26
		6	13	20	27
		7	14	21	28
1		8	15	22	29
2		9	16	23	30
3	10	17	24		

DECEMBRIE

	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	
1	8	15	22	29	



DATE IMPORTANTE

24 ianuarie 1859	— Unirea Principatelor Române
Ianuarie-februarie	Se împlinesc 35 de ani de la eroicele lupte ale muncitorilor ceferiști și petroliști, conduse de P.C.R. (1933).
21—23 februarie	Se împlinesc 20 de ani de la Congresul al VI-lea al P.C.R., care a realizat unitatea deplină politică, ideologică și organizatorică a clasei muncitoare (1948).
6 martie 1945	A fost instaurat guvernul democratic în frunte cu dr. Petru Groza.
7—9 martie 1966	A avut loc Congresul de constituire a Uniunii Naționale a Cooperativelor Agricole de Producție.
8 martie	Ziua internațională a femeii
21 martie 1922	Crearea de către P.C.R. a organizației comuniste de tineret din România, U.T.C.
31 martie	Se împlinesc 75 de ani de la constituirea Partidului social-democrat al muncitorilor din România (1893).
22 aprilie 1870	S-a născut V. I. Lenin.
1 Mai	Ziua solidarității internaționale a celor ce muncesc
2 mai	Ziua tineretului din Republica Socialistă România
5 mai	Se împlinesc 150 de ani de la nașterea lui Karl Marx (1818).
8 mai 1921	Crearea Partidului Comunist Român
9 mai 1877	Proclamarea independenței de stat a României
9 mai 1945	Capitularea Germaniei hitleriste. Ziua Victoriei.
15 mai	Se împlinesc 120 de ani de la istorica adunare de pe Cîmpia Libertății din Blaj (1848).

DATE IMPORTANTE

DATE IMPORTANTE

1 iunie	Ziua internațională pentru apărarea copilului.
2 iunie	Ziua pionierului din Republica Socialistă România.
9 iunie	Se împlinesc 120 de ani de la adoptarea Proclamației de la Islaz, care a marcat începutul revoluției în Țara Românească (1848).
11 iunie	Se împlinesc 20 de ani de cînd Marea Adunare Națională a votat legea naționalizării principalelor mijloace de producție din industrie (1948).
19—24 iulie 1965	Au avut loc lucrările Congresului al IX-lea al P.C.R.
15 august	Ziua presei române.
21 august 1965	Marea Adunare Națională a adoptat Constituția Republicii Socialiste România.
23 August 1944	Ziua eliberării României de sub jugul fascist.
6 octombrie	Ziua recoltei
25 octombrie	Ziua forțelor armate ale Republicii Socialiste România.
7 noiembrie 1917	Ziua Marii Revoluții Socialiste din Octombrie
23 noiembrie 1820	S-a născut Friedrich Engels.
1 decembrie	Se împlinesc 50 de ani de la Unirea Transilvaniei cu România (1918).
13 decembrie	Se împlinesc 50 de ani de la sîngeroasa reprimare, în Piața Teatrului Național, a demonstrației muncitorești din capitală (1918).
30 decembrie 1947	Abolirea monarhiei și proclamarea Republicii Populare Române. La 21 august 1965, țara noastră a devenit Republica Socialistă România.

NOI SUCCESE ÎN OCROTIREA SĂNĂTĂȚII

Creșterea nivelului de trai material și cultural al populației țării noastre este însoțită și de o permanentă îmbunătățire a stării de sănătate.

Indicii demografici înregistrează o evoluție favorabilă. Mortalitatea generală a ajuns la 8,2 la mie în 1966, situîndu-ne printre țările cu cei mai scăzuți indicatori. În ultimii 15 ani, mortalitatea prin bolile aparatului respirator a scăzut de 1,4 ori, prin bolile aparatului digestiv de 2,0 ori, prin bolile infecțioase și parazitare (fără tuberculoză, sifilis, gripă) de 3,5 ori, prin tuberculoză de 6,7 ori, prin bolile uro-genitale de 1,6 ori.

Succese importante au fost obținute și în combaterea mortalității infantile, care a scăzut de 2,5 ori față de anul 1950 (de la 116,7 la mie în 1950, la 46,6 la mie în 1966). A scăzut foarte mult, de 5 ori, mortalitatea din prima săptămînă de viață, și cea din prima lună de viață, ceea ce indică o bună asistență a gravidei și o supraveghere atentă a nou-născutului. Scade concomitent și mortinatalitatea de la 25,2 la mie în 1950, la 14,9 la mia de născuți vii în 1966.

Ca urmare a scăderii mortalității la toate grupele de vîrstă, durata medie de viață prezintă o creștere importantă, ajungînd în anul 1963 la peste 68 de ani, față de 42 de ani în anul 1932, România apropiindu-se de țările cu cel mai înalt nivel înregistrat în Europa.

Datorită grijii și măsurilor luate în ultimul timp de conducerea de stat și de partid pentru stimularea natalității, se înregistrează în prezent un spor natural al populației extrem de favorabil.

Îmbunătățiri importante au avut loc și în domeniul morbidității, care după o perioadă de 10—15 ani prezintă o structură cu totul diferită, o serie de boli infecto-parazitare dispărînd sau fiind pe cale de eradicare. Trebuie menționată astfel dispariția malariei, a febrei recurente și a tularemiei. Malaria care înregistra în anul 1948 peste 210 000 de cazuri noi despistate nu mai înregistrează în prezent nici un caz nou. În prezent sînt pe cale de lichidare difteria, poliomielita, tetanosul, rabia, iar febra tifoidă, antraxul și altele prezintă o scădere deosebit de importantă.

La aceste realizări au contribuit în mare măsură consolidarea și dezvoltarea continuă a rețelei sanitare, creșterea numărului de unități de diferite tipuri, a paturilor de asistență medicală etc. Astfel, în perioada 1950—1966, numărul paturilor în unitățile spitalicești a crescut de la 53 889 la 117 171. Spre desebire de perioada anterioară, această creștere se bazează în măsură importantă pe construcții de spitale noi: Spitalul din Medgidia (300 de paturi), Institutul Oncologic din Cluj (210 paturi), Blocul materno-infantil din Bacău (450 de paturi), Spitalul din orașul Gheorghe Gheorghiu-Dej (420 de paturi), Spitalul din Suceava (600 de paturi), Spitalul de tuberculoză din Baia-Mare (225 de paturi).

Sînt în construcție spitale cu o mare capacitate: cel din Constanța cu 900 de paturi, din Hunedoara cu 700 de paturi, din Slobozia cu 431 de paturi.

S-au modernizat și dezvoltat spitalele din Brăila, Roman, Roșiorii de Vede, București, spitalele de boli neuro-psihice din Pîclișa (350 de paturi), Gătaia (700 de paturi), Poiana Mare (560 de paturi) și alte sanatorii de nevroze.

Rețeaua sanatoriilor antituberculoase a crescut și s-a modernizat, fiind puse în funcțiune sau amenajate: Sanatoriul din Borșa (regiunea Maramureș), Sanatoriul de tuberculoză osteoarticulară din Mangalia, Sanatoriul de tuberculoză din Tîrgoviște etc.

S-a acordat o atenție deosebită asistenței ambulatorii de specialitate. În anii 1960—1966 au fost puse în funcțiune policlinici noi, printre care policlinicile de mare capacitate (500 000 de consultații pe an) din Giurgiu, Galați, Cîmpulung, Buzău, Raionul T. Vladimirescu din Capitală.

Asistența stomatologică a cunoscut, de asemenea, o dezvoltare progresivă prin înființarea de centre stomatologice moderne în majoritatea orașelor regionale, în unele centre muncitorești și în rețeaua de copii.

Rețeaua sanitară a fost dotată cu importante mijloace de transport (1 900 de autosanitare, 480 de camioane și autodube, 300 de autoturisme de teren, 120 de caravane sanitare, 40 de avioane sanitare) și aparatură de calitate de producție indigenă (2 100 de unituri dentare, 500 de aparate Röntgen dentar, 190 de aparate de microradiofotografie, 250 de aparate pentru roentgendiagnostic, cca. 100 de microscoape de cercetare, 600 de colposcoape, peste 900 de electrocardiografe, 220 de fotometre și altele).

La sfîrșitul anului 1966 numărul medicilor a ajuns la 28 900 (în prezent avem un medic la 662 de locuitori), al personalului mediu-sanitar la peste 81 000 și al personalului elementar la 49 000.

Asistența de urgență s-a îmbunătățit prin asigurarea condițiilor indispensabile privind specializarea personalului prin crearea de echipe medico-sanitare care să stea permanent de gardă și înființarea de servicii de terapie intensivă, într-un mare număr de spitale.

Prin valorificarea unor importante stațiuni balneoclimaterice de interes local, s-a reușit să se mărească capacitatea acestui sector. Numai în anul 1966 au fost trimise la odihnă și tratament 759 000 de persoane, cu 492 000 mai multe decît în anul 1950.

A crescut producția de medicamente și au fost introduse în terapie noi sorturi. Au fost înființate noi unități farmaceutice atît în mediul rural cît și în noile construcții din orașe. În prezent rețeaua farmaceutică dispune de 1 715 farmacii și 4 233 puncte farmaceutice.

Acțiunile de prevederi sociale s-au axat pe intensificarea măsurilor de ocrotire a copiilor fără părinți, a deficienților și bătrînilor lipsiți de posibilități de întreținere.

A fost mărită capacitatea căminelor-școală, căminelor-spital etc., s-a dezvoltat învățămîntul profesional special și s-a introdus pe o scară mai largă terapia ocupațională (ergoterapia).

Planul de cercetare științifică a contribuit la găsirea și aplicarea celor mai eficiente măsuri de ocrotire a sănătății, de prevenire și combatere a principalelor boli care survin la noi în țară.

Prin dezvoltarea ocrotirii sănătății în viitorii ani se vor urmări în continuare reducerea mortalității materne, a mortalității infantile, a morbidității la copii, cît și dezvoltarea armonioasă fizică și psihică a copiilor și tineretului. Vor crește în continuare asigurarea cu paturi spitalicești, cît și tehnicitatea, prin construirea de noi spitale de mare capacitate, dotate cu aparatură modernă, confortabile și cu o bună funcționalitate, prin concentrarea serviciilor de investigație și tratament și folosirea lor în comun atît de spital, cît și de policlinică, obținîndu-se un randament crescut și economicitate.

Vor lua ființă servicii de specialitate în vederea prevenirii și combaterii bolilor cronice degenerative și se vor îmbunătăți asistența de urgență și aprovizionarea cu medicamente.

Perspectivele de dezvoltare rapidă a economiei noastre socialiste constituie o chezășie pentru viitor de îmbunătățire continuă a stării de sănătate a populației din țara noastră. Oamenii muncii din domeniul ocrotirii sănătății își vor înzeci eforturile lor în vederea apărării sănătății, prelungirii duratei active de viață și întăririi capacității de muncă fizică și intelectuală a populației țării noastre.

Dr. EUGENIU MAREȘ
Adjunct al Ministrului Sănătății și Prevederilor Sociale

O CĂLĂTORIE

ŞTIINŢIFICĂ A LUI THOMA IONESCU ÎN ANGLIA ŞI S.U.A.

La începutul secolului nostru, ştiinţa medicală românească, deşi foarte tînără, a fost ilustrată de un şir de personalităţi care dobîndiseră o binemeritată celebritate în cercurile internaţionale. Printre ele se remarca şi marele savant Thoma Ionescu (1860—1926), care, începînd din 1895, a devenit conducătorul şcolii româneşti de chirurgie şi de anatomie topografică. Procedeul său de operare a cancerului uterin, metoda sa de tratament chirurgical al anginei de piept şi mai ales perfecţionările pe care le-a adus tehnicii rahianesteziei au fost curînd adoptate în numeroase clinici de peste hotare.

Convins fiind că sosise vremea ca şi alţii să înveţe cîte ceva de la noi, Thoma Ionescu a pornit, în toamna anului 1909, într-o călătorie ştiinţifică avînd ca obiectiv popularizarea, în ţările anglo-saxone, a anesteziei rahidiene înalte, adică practicată prin puncţie în regiunea superioară a coloanei vertebrale. Injectarea anesteziculuí la acest nivel permite să se efectueze, fără durere, operaţii nu numai pe torace şi membrele superioare, dar chiar şi pe cap şi gît. Datorită inovaţiilor aduse de Thoma Ionescu şi şcoala sa în ce priveşte amestecul anesteziant şi tehnica injectării lui, rahianestezia înaltă, numită şi rahianestezia generală, a fost considerată în literatura internaţională drept o „metodă românească".

Primul popas l-a făcut chirurgul român la Londra, dar aici a intervenit o dificultate neaşteptată: nici un şef de clinică nu a îndrăznit să-i pună la dispoziţie bolnavi de operat. S-a găsit, pînă la urmă, un tînăr medic de la Spitalul maritim, care a acceptat să-i încredinţeze un marinar cu o tumoare submaxilară. Intervenţia chirurgicală, sub anestezie rahidiană înaltă, s-a desfăşurat cu succes, în faţa a peste o mie de medici şi ziarişti.

La sosirea în portul New York, savantul român a fost înconjurat de reporteri, care l-au întrebat ce sumă vrea să cîştige în America pentru descoperirea sa. „La răspunsul meu — povesteşte Thoma Ionescu — că nu vreau să cîştig nimic, m-au întrebat de ce vin în America şi ei singuri au găsit răspunsul: *For humanity* (din umanitate)".

La New York și Philadelphia, compatriotul nostru a făcut demonstrații îndelung aplaudate în amfiteatre arhipline. Presa a relatat în termeni extrem de elogioși despe calitatea ireproșabilă a anesteziei și despre măiestria de operator a lui Thoma Ionescu. Plimbîndu-se într-o seară pe străzile Philadelphiei, acesta a avut surpriza să descopere în vitrina unui magazin de instrumente muzicale o inscripție : „Cel mai frumos dar de Crăciun este un pian Ionescu". Proprietarul magazinului i-a declarat savantului că cea mai bună reclamă pentru acest pian i s-a părut a fi „numele chirurgului de care se ocupă actualmente toată lumea din oraș".

La Washington, savantul român a fost primit de președintele Taft, care i-a exprimat regretul că Statele Unite nu posedă decorații prin care să recompenseze opera de propagandă științifică pe care acesta o întreprindea cu atîta succes.

Turneul științific peste ocean a culminat cu demonstrațiile făcute în Clinica fraților Mayo de la Rochester, cea mai vestită instituție de specialitate din S.U.A., „o adevărată uzină chirurgicală", cum o caracterizează Thoma Ionescu.

După impresionanta reușită a operațiilor executate aici, reprezentanți ai societăților medicale din diferite orașe au ținut să aducă omagii învățatului român. William Mayo a declarat despre acesta: „Nu știu ce să admir mai mult la domnia sa, abilitatea, știința și arta sau curajul extraordinar cu care se duce din clinică în clinică, înaintea unor oameni dispuși mai mult să critice decît să accepte ceea ce face el, și operează bolnavi pe care nu-i cunoaște și cu care nu poate vorbi, neposedînd limba. Acest lucru eu nu l-aș face pentru nimic în lume!"

Savant patriot, Thoma Ionescu a înfruntat toate riscurile pentru a duce pe toate meridianele faima gîndirii științifice românești.

Dr. GH. BRĂTESCU

UN MEDICAMENT DE NEÎNLOCUIT

Se vorbește din ce în ce mai mult despre importanța transfuziei de sînge în terapeutică. Se consumă cantități din ce în ce mai mari de sînge în spitale. Din ce în ce mai mulți cetățeni animați de spirit patriotic, umanitar, civic, conștienți de umanismul gestului lor, devin donatori onorifici de sînge.

De ce toate acestea? De ce este important sîngele în terapeutica modernă, de ce crește consumul, de ce sporește numărul donatorilor voluntari?

Sîngele este un țesut viu, care circulă în corpul nostru, pompat de inimă pînă în cele mai depărtate părți ale corpului, prin artere, vene și vase capilare. Țesutul acesta viu este compus dintr-un lichid, plasma, care reprezintă aproximativ 55% din masa sîngelui, în care se află celule diferite, numite: globule roșii, globule albe și plachete.

Culoarea roșie a sîngelui se datorește *globulelor roșii*, care conțin hemoglobină, o substanță colorată în roșu. Aceste globule roșii permit schimburile gazoase indispensabile vieții. Ele transportă oxigenul luat din plămîni spre celule și țesuturi, ducînd la întoarcere bioxidul de carbon, toxic pentru organism, eliminîndu-l tot prin plămîni. Avînd forma unor discuri scobite, mărimea lor se măsoară în microni și sînt în număr de 4 000 000 — 5 000 000 în fiecare mm^3 de sînge.

Globulele albe sînt ceva mai mari și mult mai puțin numeroase: cam 7 000 într-un mm^3. Rolul lor este de apărare a organismului, ele prezentînd fenomenul numit *fagocitoză*, adică de înghițire și digerare a microbilor ce-i întîlnesc în timpul circulației lor în sînge.

Plachetele sînt cele mai mici elemente și au rol tot de apărare, dar de altă natură. Cînd un vas se rupe, ele astupă ruptura, formînd un fel de dop, ajutînd astfel la oprirea hemoragiilor, și sînt mai numeroase decît globulele albe: 200 000—300 000 /mm^3 de sînge.

Într-un organism normal, adult, cu o cantitate de 5 l sînge, găsim peste 22 000 de miliarde de globule roșii și aproximativ 35 de miliarde de globule albe.

Plasma, lichidul în care plutesc cele 3 grupuri de celule, este transparentă, galbenă și are un conținut foarte complex: săruri minerale, grăsimi, zaharuri și mai ales proteine. Toate acestea sînt într-o anumită proporție care trebuie să fie mereu aceeași. Dacă echilibrul se strică, intervin tulburări grave în organism.

Această complexitate extraordinară a sîngelui arătată foarte sumar, atît prin compoziția sa, cît și prin rolul pe care îl îndeplinește, fiind un adevărat agent de legătură și cărăuș al organismului, ne demonstrează cît de importantă este prezența lui, absolut indispensabilă și de neînlocuit.

Deocamdată, deşi progrese spectaculare sînt realizate în toate domeniile, nu s-au creat încă înlocuitori de sînge artificiali care să se apropie prin compoziţie de complexitatea acestuia.

Dar sîngele mai are o caracteristică de care trebuie ţinut seama obligatoriu cînd vrem să-l transfuzăm. Trebuie să potrivim lucrurile în aşa fel, încît sîngele donatorului să fie din aceeaşi grupă cu cel al primitorului. Problema grupelor de sînge este capitală pentru transfuzii. Dacă nu transfuzăm sînge din aceeaşi grupă cu cel al bolnavului, accidentul fatal este de neînlăturat.

Grupele de sînge, în număr de patru, sînt rezultatul unui fenomen numit aglutinare, ce-l are partea lichidă a sîngelui, plasma. Aceasta aglutinează globulele roşii, dar nu pe toate, ci selectiv, şi datorită unor cercetări foarte amănunţite s-a constatat că sîngele uman poate fi cuprins în patru grupe de sînge. Mai trebuie amintit şi factorul Rh, important mai ales în legătură cu sarcina.

Inima poate fi comparată foarte bine cu o pompă care lucrează sub o presiune bine determinată şi dacă un bolnav pierde o cantitate importantă de sînge, scade şi presiunea arterială brusc, această scădere putînd fi fatală. În astfel de cazuri, înlocuirea sîngelui pierdut este absolut necesară cu o cantitate cît mai apropiată de cea pierdută.

Ne dăm seama astfel că transfuzia este indispensabilă ori de cîte ori pierderile de sînge pun viaţa în pericol printr-o rănire, naştere, operaţie chirurgicală, arsură, intoxicaţie etc.

Tehnicile moderne, ca de exemplu, rinichiul artificial, inimă-plămîn artificial, cu ajutorul cărora sînt salvaţi astăzi bolnavi care altădată erau iremediabil pierduţi, solicită de asemenea cantităţi mari de sînge.

Numărul donatorilor voluntari este în continuă creştere, dovada cea mai bună că noua etică socialistă, dragostea omului faţă de om, simţul ajutorului reciproc, umanismul socialist sînt în continuă dezvoltare.

Farm. M. DACU

ŞTIAŢI CĂ..... • ŞTIAŢI CĂ..... • ŞTIAŢI CĂ.....

... S-a reuşit transplantarea de valve animale la bolnavi ale căror valve aortice s-au sclerozat şi nu îşi mai îndeplinesc funcţia de închidere regulatorie a circulaţiei? Continuînd experienţele cu valvele artificiale de plastic sau transplantările pe bolnavii operaţi de valve umane luate de la cadavru, s-a încercat folosirea de valve animale, a căror folosire este cu mult mai simplă. Greutatea cea mai mare au fost reacţiile de imunitate, care făceau ca grefa vie să fie eliminată de organismul bolnavului. Jean Paul Binet, la Paris, a încercat prin procedee complexe, comparabile cu cele utilizate pentru grefele de cornee, să folosească valvule de porc, de oaie, de vacă, prelevate steril şi apoi conservate timp de 4–5 săptămîni în soluţii mercuriale.

Prima folosire la om în 1965 s-a făcut la o femeie cu şanse nule de supravieţuire. O valvă de porc a fost aşezată în locul valvei sclerozate, după o operaţie pe cord deschis. Operaţia a reuşit şi bolnava trăieşte şi şi-a reluat activitatea. A doua grefă, la o femeie de 50 de ani, a avut de asemenea succes. În prezent, după peste 30 de intervenţii, se poate spune că s-a născut o tehnică nouă cu largi orizonturi.

CE MĂSURI trebuie să luăm la apariția unei boli contagioase

Orice om suferind de o boală contagioasă are în organismul său microbii sau virusurile care i-au provocat boala, aceștia fiind eliminați continuu în exterior pe diverse căi: picături de salivă, urină, materii fecale etc. De aceea bolnavul, putînd transmite afecțiunea sa și altor persoane, reprezintă un pericol față de care trebuie să luăm unele măsuri de apărare.

În primul rînd, boala trebuie descoperită (depistată, cum se mai spune) cît mai curînd. La apariția primelor semne de boală, ca: febră, erupție, diaree etc., este indicat să solicităm avizul medicului. Stabilind sau numai bănuind că este vorba de o afecțiune contagioasă, el ia din timp măsurile de îngrijire, preîntîmpinînd totodată propagarea infecției la anturajul bolnavului.

În anumite boli contagioase (dizenterie, hepatită epidemică, scarlatină etc.) este obligatorie prin lege izolarea bolnavului în spital. Această izolare este în interesul bolnavului, fiind necesară o asistență medicală complexă, care nu poate fi dată decît în spital, precum și în interesul celor din jurul bolnavului, apărîndu-i de îmbolnăvire. Pe aceste considerente, dacă medicul decide izolarea bolnavului, nu are rost să fim de altă părere. Transportul bolnavului la spitalul de boli contagioase se face numai cu autosalvarea.

În unele boli contagioase (gripă, oreion, rujeolă, tuse convulsivă) se permite îngrijirea bolnavului acasă. În asemenea cazuri, familia are o mare răspundere, bolnavul trebuind să fie cît mai corect izolat.

Pentru aceasta se iau următoarele măsuri:

— Bolnavul va sta pe cît posibil într-o cameră separată sau în orice caz singur în pat și nu va veni în contact decît cu persoana care-l îngrijește. Aceasta, atîta timp cît îngrijește bolnavul, îmbracă un halat sau un capot, care nu se scot din cameră decît pentru a fi spălate.

— Copiii nu se vor apropia de bolnav. Este preferabil, în caz că se poate, să se trimită copiii la o rudă sau un prieten, atîta vreme cît bolnavul este contagios.

— Dezinfecția continuă, aplicată cu multă grijă.

Măsurile de dezinfecție se iau atît în ce privește bolnavii care sînt izolați la spital, cît și pe cei care rămîn izolați în familie. În primul caz, dezinfecția se aplică la domiciliu de către organele sanitare, ea trebuind însă a fi continuată. În cel de-al doilea, măsurile de dezinfecție se aplică numai de membrii de familie. De aceea este necesar să cunoaștem principiile generale ale unei acțiuni de dezinfecție.

Prin *dezinfecție* înțelegem totalitatea operațiunilor de distrugere sau îndepărtare a germenilor patogeni. Dezinfecția nu trebuie considerată o operațiune complicată. Ea poate fi realizată cu succes cu metode simple, care pot fi aplicate în orice familie.

Astfel, aerisirea îndelungată a încăperilor micșorează numărul germenilor printr-un proces de diluție, aerul din exterior fără microorganisme înlocuind pe cel din interior. În plus, prin deschiderea ferestrelor vor intra în încăperi razele solare care au la rîndul lor un bun efect dezinfectant.

Măturatul și ștersul umed al prafului au rolul de îndepărtare mecanică a germenilor patogeni. Umezeala, aplicată în cazul acestor operațiuni, este necesară pentru a nu ridica în aer particulele de praf cu microbi.

Fierberea și spălarea rufăriei sînt de asemenea de un real folos. Menținerea rufăriei în apă în clocot timp de o oră,

apă în care este bine să punem sodă (3—4 linguriţe cu vîrf la 10 l de apă), distruge germenii patogeni. Spălarea corectă în continuare cu săpun sau detergenţi (de tipul Alba, Perlan, Dero), precum şi călcarea umedă a rufăriei completează această dezinfecţie. Fierberea în condiţiile amintite mai sus se poate utiliza şi pentru veselă sau tacîmuri.

În acţiunile de dezinfecţie este indicat a se folosi şi unele substanţe chimice, cum ar fi: cloramină, var cloros, bromocet, fenosept, care se pot procura de la organele sanitare sau farmacii. Dezinfecţia mîinilor cu o soluţie de bromocet 1% (2 linguriţe la 1 litru de apă) sau de cloramină 1% (3 linguriţe de praf sau 20 de tablete la 1 litru de apă) utilizate prin turnare dintr-o sticlă după o prealabilă spălare cu săpun (fără a mai rămîne urme de săpun pe mîini) este obligatorie pentru persoanele care îngrijesc bolnavul. Pavimentul, covoarele, mobilierul *nelustruit*, ferestrele, uşile, faianţa, mozaicul, sticla, jucăriile, clanţele se pot dezinfecta prin ştergere cu o soluţie de bromocet 1% sau fenosept 1% (preparată la fel ca şi bromocetul). Vaselor de noapte, după ce au fost spălate cu jet de apă (fără a manevra cu mîna) de urmele de materii fecale, urină şi vărsături, li se va pune în interior o soluţie de cloramină 2% sau var cloros 2% (6 linguriţe la 1 litru de apă).

Prepararea varului cloros se face punînd în vas praful, apoi turnînd cîte puţină apă şi mestecînd cu un băţ pînă se formează o cocă groasă. Se subţiază apoi adăugînd cîte puţin restul apei necesare soluţiei dezinfectante.

Pavimentul, colacul şi mînerul W.C-ului se şterg tot cu o soluţie de cloramină sau clorură de var 2%. Closetul cu groapă simplă se dezinfectează cu o soluţie de var cloros sau lapte de var 10%. Cutia de gunoi, după golire, se dezinfectează la fel cu o soluţie de lapte de var sau var cloros 10%. Folosirea acestor substanţe chimice trebuie făcută neapărat în concentraţiile indicate pentru a avea efect dezinfectant. Atragem atenţia că varul cloros, laptele de var şi chiar cloramina pot arde sau decolora ţesăturile şi alte obiecte. De aceea, ele trebuie utilizate conform indicaţiilor de mai sus.

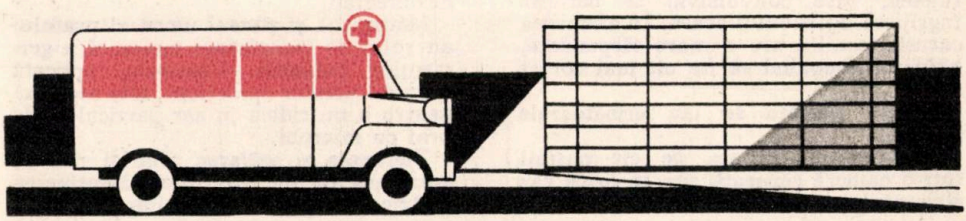
Dezinfecţia cu substanţe chimice completează pe cea cu mijloace mecanice, simple, gospodăreşti, permiţînd astfel o distrugere şi îndepărtare a germenilor patogeni în aşa fel încît boala contagioasă nu mai poate fi transmisă la alte persoane.

O ultimă măsură ce trebuie luată în familia în care a apărut o boală contagioasă este aceea de a se face o supraveghere atentă a sănătăţii fiecărei persoane, iar la apariţia semnelor de boală să se avertizeze imediat medicul, pentru a stabili dacă nu este vorba de apariţia aceleiaşi boli. În acest fel se pot lua imediat măsurile corespunzătoare de îngrijire şi izolare.

În cazul cînd organele sanitare indică aplicarea unor vaccinări sau a altor medicamente luate în scop preventiv, este necesar să primim aceste indicaţii fără a face obiecţii, ele reprezentînd de fapt o măsură de prevenire a apariţiei îmbolnăvirilor.

Aplicînd măsurile elementare care au fost expuse mai sus, ne apărăm sănătatea noastră, a membrilor familiei şi a altor persoane, contribuind în mod activ la oprirea transmiterii bolilor contagioase.

Dr. Al. DOBRESCU



ÎNGRIJIRI COSMETICE DE IARNĂ

Obrazul. Pentru a păstra organismului căldura sa internă și în timpul iernii, în corp se produc anumite fenomene specifice; astfel, de exemplu, toate vasele se contractă sub acțiunea frigului, ceea ce are ca efect diminuarea afluxului sanguin. Trecerea de la frig la căldură face ca sîngele acumulat în straturile profunde ale epidermei să năvălească la suprafața acesteia, provocînd o dilatare bruscă a vaselor capilare. Cînd aceste vase sînt mai fragile, ele rămîn definitiv dilatate și drept consecință își fac apariția și semnele cuperozei.

Preîntîmpinarea acestui neajuns se realizează în primul rînd prin măsuri speciale de igienă. Pielea obrazului va fi curățată cu creme sau emulsii (se vor evita săpunul, soluțiile alcoolice, apa prea rece sau prea fierbinte, cremele conținînd substanțe toxice etc.).

În schimb, obrazul va fi protejat cu cremă grasă hrănitoare; aplicarea ei se va face printr-un masaj ușor, care să activeze circulația sîngelui. Pulverizările decongestionante, compresele cu infuzie de mușețel conținînd 1% extract de *hamamelis* sînt binefăcătoare în cazul apariției primelor semne de cuperoză. Trecerea de la frig la căldură se va face cu menajamente. Eventual mai întîi vom face o perioadă de acomodare într-o cameră neîncălzită.

La nivelul tîmplelor și în jurul ochilor, frigul provoacă contracții musculare, ceea ce favorizează ridurile. De aceea, în aceste regiuni se impune un maximum de protecție. Crema se va aplica în strat mai gros, va fi păstrată pe piele și în cursul nopții, iar zilnic vom practica un masaj tapotat.

Genele vor fi periate zilnic cu ulei de ricin proaspăt cu ajutorul unei periuțe speciale pornind de la rădăcină spre vîrf sau vom folosi un ulei de culoare mai închisă, care să înlocuiască folosirea rimelului, a cărui întrebuințare în această perioadă se recomandă să fie evitată.

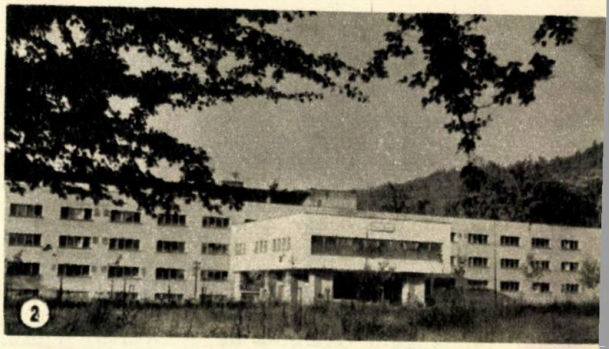
Nasul roșu denotă în primul rînd o proastă circulație a sîngelui, ceea ce impune un masaj zilnic pe care îl vom practica fie prin descrierea de mici cercuri pornind de la vîrf spre rădăcină, fie prin fricționarea lui apucîndu-l între degetul mare și arătător. De asemenea, putem peria pielea nasului cu o periuță moale. Inhalațiile cu ceai de tei sau de tim, masajele cu un cub de ghiață sînt mijloace eficace pentru remedierea acestui neajuns.

Buzele crăpate se întîlnesc cel mai frecvent la persoanele nervoase, care au obiceiul să-și muște buzele sau să le umezească. În timpul perioadelor friguroase, buzele vor fi protejate cu pomezi speciale pentru buze sau dacă obișnuim să ne fardăm, cu un ruj de buze gras. În nici un caz nu vom ieși în ger cu buzele neprotejate. Seara le vom unge cu vaselină sau cu o cremă grasă obișnuită.

Urechile ne provoacă deseori neplăceri mai ales dacă nu avem grijă să le acoperim cu căciuliță sau fulare. Primul neajuns se manifestă prin ușoare furnicături și înroșirea lor. Masarea cu vîrful degetelor folosind și o cremă conținînd vitamina A înlătură acest neajuns, bineînțeles avînd grijă să nu ajungem niciodată în faza ca urechile să fie degerate.

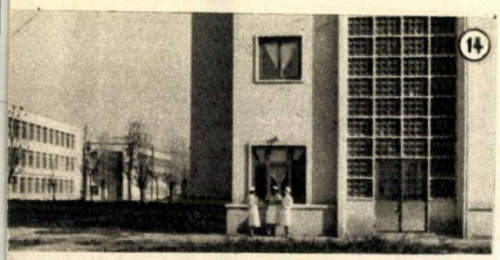
Părul din cauza frigului devine casant, se anemiază, pierde din luciu. Ieșirea în plin ger cu capul descoperit în afară de pericolul de răceală prezintă o acțiune nefastă asupra sănătății firului de păr. În timpul iernii se recomandă ca periatul părului să se facă cu regularitate. Înainte de a-l spăla, o baie de ulei este bine venită, iar fixativele vor fi cît mai suple. Dacă părul este anemiat se recomandă folosirea loțiunilor tonice.

Farm. L. COSMOVICI



UNITĂȚI

1. Spitalul Fundeni București.
2. Spitalul Unificat Comănești.
3. Sanatoriul Valea Ialșului — Argeș.
4. Sanatoriul de tuberculoză, Predeal.
5. Dispensar în Com. Lerești.
6. Casă de nașteri, în Măneciu.
7. Noua policlinică din Giurgiu.



8 Noua stație de salvare-București.

9 Spitalul C.I. Parhon — Iași

10 Spitalul din Suceava

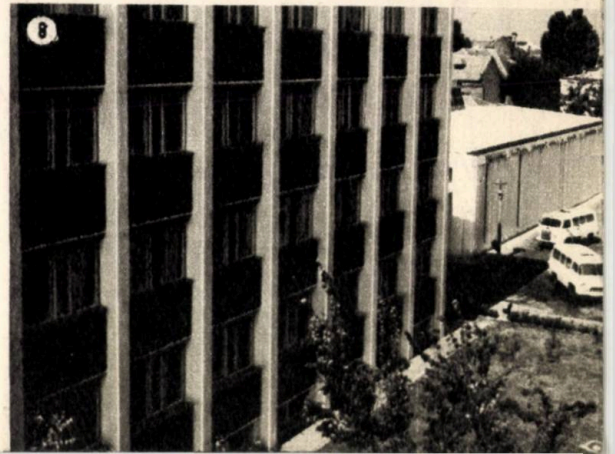
11 Sanatoriul Balotești, București.

12 Sanatoriul de tuberculoză Dobrita. Tg. Jiu.

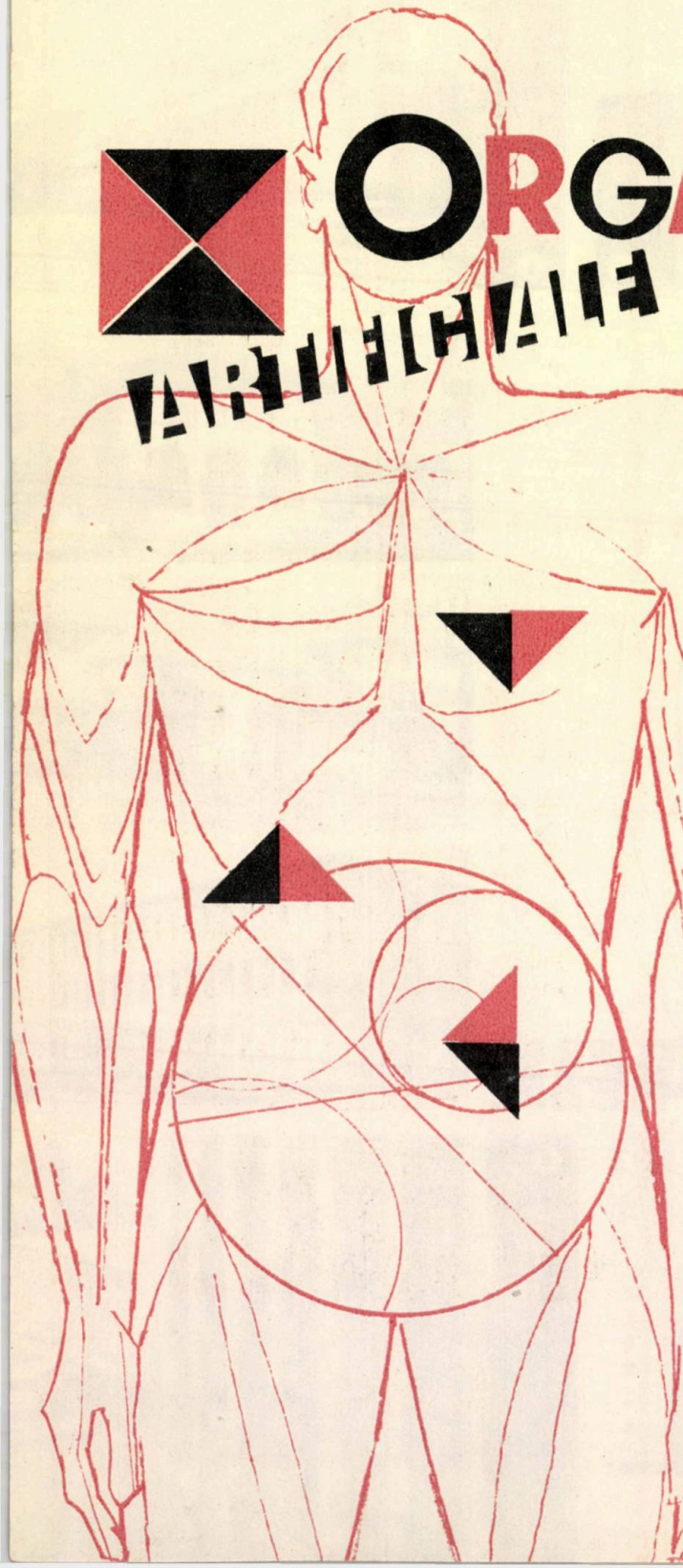
13 Sanatoriul Moroieni.

14 Spitalul de boli contagioase Dr. V. Babeș" București.

SANITARE



ORGANE ARTIFICIALE



Datorită unor baze tehnice și farmacologice excepționale, unei protecții antibiotice, anestezice și reanimatoare sigure, și mai ales unui tezaur teoretic și faptic de neprețuit, chirurgia modernă și-a crescut mereu cerințele. Astăzi ea nu se mai mulțumește numai cu salvarea vieții cu prețul unor porțiuni întregi de organism, ci tinde să repare, creînd organe și refăcînd funcții.

Și dacă forma se restabilește astăzi printr-o activitate de „sculptură" a formei vii, funcția se restabilește fie prin transplantări de organe, fie, mai ales, prin utilizarea organelor artificiale.

Crearea unei specialități de „inginerie medicală" a făcut ca aparatura de restabilire a funcției pierdute să nu se mai rezume numai la confecționarea unor proteze de sprijin sau apucare grosolană. Astăzi cibernetica, industria materialelor plastice, electronica, electrotehnica, industria chimică, optică, acustică, informatica și-au dat mîna pentru a asista bolnavii care și-au pierdut, temporar sau definitiv, funcții importante pentru viața biologică sau pentru viața socială.

Și activitatea neobosită a tehnicii moderne conjugată cu neastîmpărul de cercetare și creație al medicului și inginerului modern ne-a înzestrat azi cu plă-

mîn artificial, inimă artificială, rinichi artificial, membre artificiale, înlocuitori artificiali ai organelor de simț, oase artificiale, dinți artificiali, artere și vene artificiale, centri nervoși de comandă și reglaj artificiali și, pentru o perioadă limitată, chiar piele artificială.

În cadrul acestei scurte treceri în revistă ne vom mărgini să expunem principiul tehnic și biologic al fiecărui grup mare de aparatură.

Rinichiul artificial caută să supleeze funcția de depurație a deșeurilor chimice care se nasc din desfășurarea vieții și care în mod normal reprezintă funcția rinichiului sănătos. Substanțele toxice care nu mai pot fi eliminate de rinichiul bolnav sînt astăzi „extrase" din sînge de rinichiul artificial.

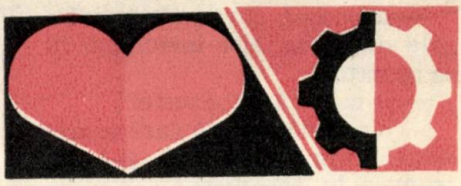
Acest grup de aparate se bazează pe fenomenul de dializă prin care de o parte și de alta a unei membrane permeabile se tinde la realizarea aceleiași concentrații a unei substanțe dizolvate. Cum sîngele este o soluție de multiple substanțe, dintre care unele trebuie să rămînă în organism și altele să iasă, el este trecut în rinichiul artificial printr-un tub lung (permeabil) de celofan, care „se scaldă" într-o baie de soluții diferite. Substanțele care trebuie să rămînă în sînge sînt dozate în baie cu aceeași concentrație cu cea sanguină, în timp ce acelea care trebuie eliminate din sînge sînt în concentrație minimă sau lipsesc din baie. După treceri succesive, sîngele se curăță de substanțele „deșeu".

Primul aparat realizat a fost *rinichiul veno-venos*, care avea dezavantajul că impunea inimii mari eforturi funcționale și operația de depurare nu se putea repeta decît după refacerea mușchiului inimii. Acest rinichi artificial a fost și este folosit în insuficiențele renale acute, adică acolo unde rinichiul bolnav se vindecă total dacă este lăsat în repaus. El a salvat viața a zeci de mii de oameni.

În bolile renale cronice, în care rinichiul este compromis, se folosește azi rinichiul artificial *arterio-venos*, în care depurarea este mai rapidă, inima mai puțin solicitată și bolnavul cronic poate să-și „curețe" sîngele periodic. El a prelungit cu mulți ani viața bolnavilor cronici de rinichi.

Plămînul artificial caută și el să supleeze funcția respiratorie pierdută temporar. Poate că ar fi mai bine să fie denumit „respirator artificial", pentru că el nu înlocuiește funcția plămînului, ci pe cea a musculaturii respiratorii paralizate.

Principiul său este crearea unor variații de presiune care, acționînd asupra cuștii toracice, să o miște ritmic, reproducînd mișcările de respirație. Este vorba de o mare „bombă" metalică închisă în care, atunci cînd aerul este pompat în afară, cușca toracică se „dilată", făcînd



să intre aer în plămîni, iar cînd aerul este din nou reintrodus, cușca se „turtește", gonind aerul din plămîni.

El este folosit în paraliziile de mușchi respiratori sau de centrul nervos respirator, fiind îndepărtat cînd respirația spontană se reia.

Există azi multiple modele cu principii de construcție diferite, care încearcă să amelioreze inconvenientele primului tip de aparat propus.

Circulația extracorporeală, adică inima și plămînul artificial, este un agregat de pompe, conducte și oxigenatori care face ca sîngele să nu mai treacă prin inimă, golind-o de sînge și permițînd operațiile pe inima deschisă.

Sîngele este scos din venele mari înainte de intrarea în inimă și este reintrodus după oxigenare într-o arteră oarecare, de unde se răspîndește în tot arborele arterial. Din arteră, trecînd prin capilare, el hrănește țesuturile și revine în vene, reintrînd în aparatul de circulație artificială, circuitul reluîndu-se. Sîngele nu poate pătrunde din vene în inimă, pentru că acestea sînt pensate, și nici din artere în inimă, pentru că aici există valve (supape) care nu permit decît trecerea din inimă în arteră.

Orice agregat de circulație extracorporeală este compus în principiu din:

— o pompă care extrage sîngele din vene și-l introduce în oxigenator;

— o cameră-oxigenator;

— o a doua pompă care scoate sîngele din oxigenator și-l introduce în organism;

— un sistem de filtrare a sîngelui (pentru ca acesta să nu conțină cheaguri și nici aer în momentul în care pătrunde în organism);

— sisteme anexe de încălzire, de reglare a aportului de oxigen, de reglare automată a debitului.

Activitatea ambelor pompe, ca și a fiecărei pompe separat, este reglată prin sisteme electronice cibernetice, bazate pe celula fotoelectrică sau pe cupluri termoelectrice.

Cînd crește, de exemplu, prea mult presiunea din artere (este adus sîngele prea repede de către pompă), pompa a doua (care introduce sîngele în arteră) are de luptat cu o rezistență mai mare și informează automat prima pompă (care scoate sîngele din organism), aceasta încetinindu-și ritmul și scăzînd debitul. La fel se reglează temperatura sîngelui după temperatura corpului și aportul de oxigen după nevoile organismului.

Pace-macker-urile sînt aparate miniaturizate, generatoare de impulsuri electrice regulate, periodice, care se implantează sub piele și care suplinesc impulsurile nervoase sau comenzile de automatism. Ele se utilizează azi în cazul cînd inima își pierde ritmul normal de bătaie (aritmii), fapt care o îmbolnăvește, predispunînd la moarte în insuficiență cardiacă sau la moarte subită.

Protezele electronice animate sînt aparatul de înlocuire a unui membru pierdut și ele sînt utilizate astăzi mai ales în înlocuirea mîinii și antebrațului amputat. Aparatul execută comanda fiecărui grup muscular, traducînd

în mișcare curenții bioelectrici culeși de la bonturile musculare prezente încă, curenți bioelectrici care variază după intensitatea intervenției musculaturii respective în fiecare schemă de mișcare. *Mîna artificială* (care este și finisată ca atare) execută astfel toate mișcările unei mîini normale, persoana respectivă făcînd mișcările ca și cum ar avea mîna intactă fără nici un efort în plus.

Tot aparate de execuție motorie sînt și aparatele care răspund automat unei comenzi sonore. Este vorba de *mîini*, sau de *fotolii* sau *paturi rulante* și *articulate*, pe care comanda în microfon le determină să realizeze o mare gamă de mișcări simple sau complexe, compensînd uneori neașteptat de mult din incapacitatea fizică a invalidului.

Auxiliarii senzoriali (sensorial-aids) sînt aparate electronice cibernetice, de traducere a unor semnale dintr-un cod în impulsuri perceptibile în domeniul unui simț al organismului.

Prin aceste aparate, nevăzătorii „văd" prin perceperea continuă (deși prin altă finalizare) a luminii și culorii și, prin educație, s-au văzut orbi care pot aprecia tablouri de pictură.

La fel, surditatea este și ea compensată printr-un gen special de aparate care traduc în impulsuri pentru alte simțuri energia sonoră.

În sfîrșit, în ultima vreme s-au pus la punct aparate prin care este informat direct creierul în așa fel încît orbii pot vedea și surzii pot auzi în adevărata accepțiune a cuvîntului.

Protezele de organe, ca înlocuitorii de os, de artere, de dinți, de tendon, de articulații etc., care au intrat în uz curent în clinică, sînt prea cunoscute pentru a mai fi discutate.

Posibilitățile actuale ale tehnicii medicale sînt imense, dar și problemele ridicate de reactivitatea organismului, rezistență, elasticitate, aspect, automatizare și miniaturizare sînt foarte dificile. Tehnica modernă dispune însă de toate premisele pentru a învinge aceste dificultăți.

Dr. N. CHIOTAN

ȘTIAȚI CĂ....

...GALIEN CLAUDIAS (131—201) este unul din celebrii medici ai Greciei antice care vindeca cu mult succes bolnavii, ducîndu-i-se faima în lumea întreagă? Numeroasele sale lucrări de anatomie și fiziologie au avut, la vremea lor, o mare însemnătate.

...SERVET MIGUEL (1511—1553), teolog și medic spaniol, a descoperit micul circuit sanguin?

... HIPPOCRAT (466—377 î.e.n.), cel mai mare medic al antichității, a efectuat numeroase observații precise asupra bolnavilor, descriind o serie de boli?

...WEISMANN AUGUST (1834—1914), profesor de zoologie la Freiburg, Germania, autor al numeroase lucrări consacrate teoriei evoluției și eredității, a formulat o teorie proprie a eredității, așa-numita teorie a „plasmei germinative"? Potrivit acestei teorii, „plasma germinativă" inclusă în celulele sexuale este purtătoarea tuturor caracterelor organismului. Ea conservă caracterele părinților, strămoșilor etc.

...PLINIUS CAIUS SECUNDUS CEL BĂTRÎN (23—79), celebru naturalist amator roman, a lăsat 37 de volume de „Istorie naturală", în care a expus tot ceea ce se cunoștea pe vremea sa în domeniul științelor naturii, și că a pierit într-o erupție a vulcanului Vezuviu, pe care dorea să o observe îndeaproape în scopuri științifice? În cursul acestei erupții au pierit orașele Pompei și Herculanum.

UN ALARMANT REZERVOR DE VIRUS AL TURBĂRII:

LILIACUL

Problema eradicării turbării în multe țări este încă nerezolvată. Se știe că anihilarea principalului vector al rabiei — cîinele — reprezintă o măsură foarte utilă, dar insuficientă. Într-adevăr, stîrpirea cîinilor vagabonzi și vaccinarea celor cu stăpîn limitează numai focarele epidemice de turbare, boala persistînd însă endemic datorită păstrătoarelor sălbatice de virus în special lupii și vulpile.

Recent s-a descoperit și s-a studiat rolul pe care-l joacă liliacul în păstrarea și transmiterea virusului turbării. Se pare că liliecii se dovedesc a fi printre vectorii cei mai înșelători, cei mai persistenți și, totodată, cei mai alarmanți ai turbării.

După ce în anul 1953 a fost relatat primul caz de turbare umană transmisă de la liliac, s-a instituit o echipă științifică internațională, condusă de americanul Sulkin și de mexicanul Bernardo Villa, care au întreprins o cercetare metodică a unei largi zone teritoriale aflate în apropierea granitei dintre S.U.A. și Mexic.

Rezultatele expediției au fost deosebit de fructuoase, obținîndu-se importante date de observație și experimentare. Astfel s-a constatat că, pe o perioadă de 10 ani, cel puțin șase cazuri mortale de turbare la om pot fi atribuite cu siguranță mușcăturilor de liliac.

Animalele mușcate de liliecі fac o rabie furioasă, spre deosebire de cele mușcate de vampiri, care contractează o formă paralitică.

Din fericire pentru om, liliecii sînt puțin avizi de sînge și, neprovocați, mușcă foarte rar. În plus, ei trăiesc colonizați în peșteri pe care le părăsesc numai cu totul excepțional. În sfîrșit, se pare că mușcătura liliacului purtător de virus nu este totdeauna mortală pentru om; astfel, în California, din 13 persoane mușcate de liliecі sigur infectați au făcut turbare numai două, care au decedat.

La liliac, în timpul hibernării, virusul turbării stă cantonat în grăsimea brună interscapulară, vegetînd în stare latentă. În perioada activă, infecția devine sistemică, virusul invadînd creierul și glandele salivare. Cînd liliecii sînt masiv infectați, devin agresivi. Este de reținut însă un fapt de însemnătate deosebită: liliacul este singurul animal cunoscut la care turbarea nu este de obicei mortală și la care există cu certitudine starea de purtător latent de virus.

Cercetările amintite au mai demonstrat posibilitatea infectării umane cu virus rabic pe cale respiratorie, după o simplă trecere prin cavernele populate cu liliecі, prin inhalare de praf contaminat. În peșteri există cantități imense de guano — provenit din dejectele liliecilor — care s-a dovedit un material foarte infecțios.

În S.U.A. s-a pus problema stîrpirii liliecilor, pentru acest serios pericol potențial în privința turbării. Deocamdată discuțiile sînt în curs, existînd unele rezerve, deoarece această măsură generează pagube economice. Într-adevăr, majoritatea liliecilor fiind insectivori, distrug numeroase specii de dăunători ai agriculturii, fapt pentru care în unele state sînt ocrotiți prin lege.

Dr. M. ANGELESCU

HUMOR

PE TEME MEDICALE

PSEUDOSTUDIU CRITIC ASUPRA COMPARAȚIILOR ÎN MEDICINĂ

Bătrînii dascăli ai medicinei, spre a-și instrui cît mai metodic discipolii, au imaginat numeroase comparații. Deși procedeul are virtuți pedagogice de netăgăduit, totuși vom îndrăzni să facem unele observații. Într-adevăr dacă unele din aceste „comparații" îți sugerează imediat asemănarea scontată, în schimb altele te pun la mare încurcătură. Să luăm o serie de exemple concrete:

● Astfel, foarte folosite în medicină sînt comparațiile cu o serie de elemente din sectorul zoologic, cum ar fi: „oul de struț", „gura de lup", „buza de iepure", „cordul bovin", „zgomotul de galop", „vocea de capră", „capul de meduză" și multe altele. Aceste asemuiri au o mare putere de sugestie dar, din păcate, nu este greu de observat că însăși termenii de comparație cer... vaste cunoștințe și implică o variată documentare. Or, dacă pentru vocea

caprei (!?) sau inima de bou pare suficientă o deplasare în schimb de experiență la abator sau în piață, cu totul altfel stă situația pentru oul de struț sau capul de meduză care reclamă fie o călătorie în deșert, fie — respectiv — o vînătoare marină pe litoral. În ceea ce privește gura de lup, o cercetare... la fața locului nu pare cîtuși de puțin recomandabilă. Vorba proverbului: nu te băga în gura lupului!

● Cu ani în urmă, specialiștii în boli de inimă care doreau să se documenteze asupra „zgomotului de galop" puteau petrece o sîmbătă la hipodrom la cursele de cai; singurul risc era ca ziua respectivă să fie rezervată alergărilor de trap.

● La loc de cinste — cu precădere în semeiologia tubului digestiv — se află comparațiile alimentare și casnice-culinare; „pireul de mazăre", „fiertura de orez", „jeleul de coacăze", „icrele de Manciuria", precum și fel de fel de zarzavaturi, legume și fructe, ca meiul, lintea, cireașa, merele, nuca și altele luate de obicei drept unitate de măsură. Dacă, eventual, studiul granulațiilor eozinofile îți poate deschide un oarecare apetit pentru icrele de Manciuria, nu același lucru se poate spune despre comparațiile care vizează celelalte jeleuri și pireuri.

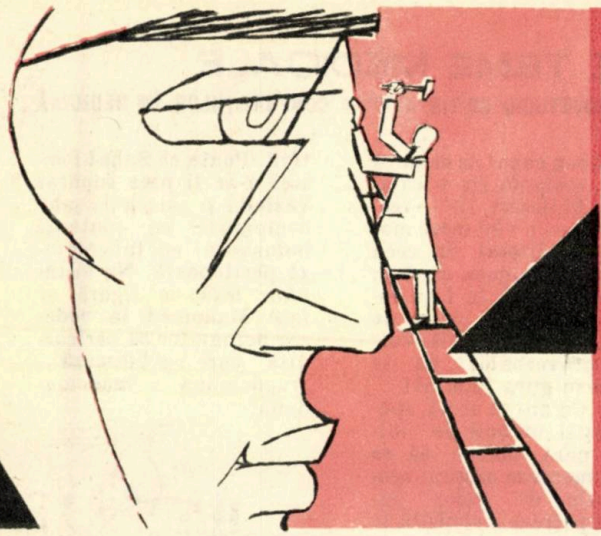
HUMOR

● În sfîrșit, este de observat că unele comparații au o nuanță sportivă. Poate că Șahul Persiei n-ar fi prea supărat văzîndu-și „masa de șah" comparată cu pîntecul bolnavului cu tuberculoză peritoneală. Ne întrebăm însă ce figură ar face Mahomed la vederea bolnavilor cu pericardită care profesează... „rugăciunea mahomedană".

Pentru documentare asupra poziției din timpul acestei rugăciuni, tinerii discipoli ai lui Esculap ar trebui să întreprindă, măcar o dată în viață, o călătorie de studii la Mecca...

● Dar și limba pacienților are parte de asemuiri delicioase: „limbă de pisică", „limbă de porțelan", „limbă smeurie" sau, în sfîrșit, „limbă de papagal". Dacă pisica, smeura și porțelanul sînt, de bine de rău, mai accesibile, în schimb ce este de făcut cu papagalul? Personal avem o sugestie plină de înțelepciune: să fie solicitat un papagal vorbitor, care să deschidă gura mare și să spună a a.. a.. În acel moment, tînărul învățăcel îl va trage cu abilitate de limbă; în acest mod este cert că toată viața emulul nu va uita asperitatea limbii de papagal!

Dr. M. ANGELESCU



Forma NASULUI şi chirurgia estetică

Nasul prin aşezarea sa în mijlocul feţei şi prin proeminenţa sa vizibilă şi din faţă şi din profil capătă o importanţă deosebită în estetica feţei. De aceea, diferitele deformaţii ale dimensiunilor şi formei nasului reprezintă o preocupare veche, care este mereu actuală, mai ales a nasului feminin.

Prin malformaţii ale nasului se înţeleg modificările de formă şi dimensiuni ale nasului în totalitatea sa sau numai ale unor părţi ale sale care interesează nu numai aspectul lui anatomic, dar pot produce tulburări şi în funcţiile sale.

Forma anatomică a nasului este variabilă de la individ la individ şi se definitivează la 18—20 de ani. Forma şi dimensiunile ideale ale piramidei nazale au fost studiate cu multă vreme în urmă de artişti, pictori sau sculptori clasici. Măsurătorile făcute pe operele marilor artişti (Rafael, Leonardo da Vinci, Rembrandt) sau Venus din Millo au stabilit că unghiul nazal estetic ideal al profilului nu trebuie să depăşească 30°.

Frecvenţa unor deformaţii (displastii) care depăşesc limita normalului sînt destul de frecvente şi ambele sexe sînt expuse în egală măsură. Deşi sexul bărbătesc este mai expus, totuşi femeile sînt acelea care acordă mai multă importanţă acestor deformaţii ale piramidei nazale, fie ele cît de mici. Aprecierea existenţei şi gradului unei displastii de către purtătorul ei este un fapt subiectiv, care depinde de gusturile, sensibilitatea estetică şi echilibrul său psihic.

Cauzele deformaţiilor nazale sînt variate: traumatismele (obstetrical la naştere, căderile din prima copilărie de obicei neglijate, lovirile, sporturile violente), adenoidismul, afecţiunile cronice (ozenă, tuberculoză).

Deşi fiecare caz de displastie a piramidei nazale are particularitatea sa, totuşi ele pot fi împărţite în două mari grupe: prin insuficienţa scheletului osteo-cartilaginos, adică prin pierdere de substanţă (nasul în şa, turtit), şi prin exces de substanţă (nas cocoşat, lărgit sau prea lungit). Din combinaţia

diferitelor deformații rezultă un număr mare de forme clinice intermediare care pot lua naștere.

Tratamentul este numai chirurgical, dar indicația unei operații corectoare (estetice) trebuie să fie extrem de prudentă. Se va ține seama în primul rînd de echilibrul psihic al bolnavului și apoi de necesitatea intervenției chirurgicale, deoarece afecțiunea în general nu presupune urgență. Sînt indivizi care atribuie displastiei o importanță pe care nu o are și leagă de existența acesteia insuccesele pe care le au în viață, punîndu-și astfel în mod nejustificat speranțele în rezultatul operației. Tratamentul deformațiilor nazale a fost încercat încă din timpurile vechi, primul popor cu asemenea preocupări fiind cel din India unde chirurgii empirici reușeau să ducă pielea de pe frunte pe porțiunile lipsă ale nasului și să o grefeze; de aceea, această metodă folosită și astăzi se cheamă „metoda indiană". Aceste operații erau practicate pe nasul răufăcătorilor care fuseseră pedepsiți prin tăierea nasului sau urechilor. În epoca noastră, datorită antisepsiei și mai recent antibioticelor, riscul infecției fiind mai mic, această ramură a chirurgiei a luat o dezvoltare importantă. Chirurgia displastiilor va fi aplicată în raport cu felul ei, și anume: în formele prin pierdere de substanță se va proceda la adăugarea transplantelor de grefoane osteo-cartilaginoase sau implante de substanțe plastice neresorbabile, iar în formele prin exces, se vor îndepărta porțiunile osteocartilaginoase excedentare. Operațiile de chirurgie reparatoare ale nasului comportă o experiență deosebită și actualmente au luat o dezvoltare mai mare în cadrul unei ramuri mai noi a chirurgiei, și anume *chirurgia plastică*. Problemele legate de grefă, de transplante, tratamentul postoperator, eventualele complicații și cum am spus problemele legate de reacțiile psihice ale bolnavului fac ca aceste intervenții să fie încă relativ limitate.

Dr. M. GEORGESCU

MOZAIC MEDICAL

Sare nutritivă. În S.U.A. s-a pus în vînzare o sare de bucătărie care conține 12 vitamine și clorofilă.

Infirmiera electronică. În Elveția se construiește un aparat electronic care poate efectua munca infirmierei. Acest aparat permite să i se controleze automat bolnavului pulsul și febra, rezultatele fiind notate concomitent.

Grăsimile și nașterea. Perfuziile intravenoase de emulsie de grăsimi în timpul nașterii au efecte favorabile asupra declanșării travaliului. După 20—90 de minute de la perfuzie, acesta se declanșează.

Zăpada în tratamentul obezității. Utilizarea zăpezii topite administrată peroral a dus la scăderea în greutate a multor obezi. Acțiunea se datorește cristalelor de gheață care ușurează reacțiile biochimice din organism.

Thermografia este o metodă ce utilizează radiațiile infraroșii emise de corpul uman. A fost utilizată cu succes în diagnosticul cancerului sînului.

Mucoasa bucală și analgezicele. Mucoasa bucală absoarbe bine substanțele analgezice. Administrarea sublinguală este superioară celei perorale sau prin injecții.

Înălțimea și vîrsta. De la vîrsta de 55 de ani, înălțimea scade. Scăderea este mai importantă la femei. De la această vîrstă pînă la bătrînețea înaintată se pierd între 5-15 cm, datorită reducerii discurilor intervertebrale și măririi curburii coloanei vertebrale.

SFATURI pentru EXCURSIONIŞTI

Excursia făcută pe jos, această minunată formă de odihnă activă, atît de iubită de oamenii de toate vîrstele, are influenţă deosebit de favorabilă asupra întregului organism. Pentru a contribui la reuşita excursiei ne permitem să facem cîteva sugestii.

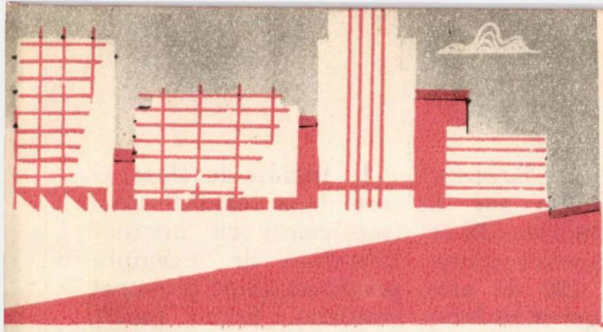
Excursia trebuie atent şi cu grijă pregătită: traseul, lungimea, durata etapelor, locurile de popas trebuie comunicate din vreme participanţilor pentru ca să se poată pregăti în consecinţă. Aceste pregătiri diferă după natura terenului în care se face excursia, după anotimp. Ele diferă şi după rezistenţa la efort a fiecărui participant, de antrenamentul său, de vîrsta şi de starea sa de sănătate generală. O grupă de excursionişti trebuie să fie omogenă ca aptitudini fizice.

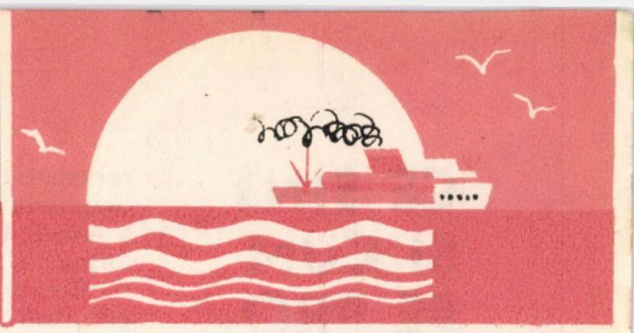
O altă condiţie de bază este pregătirea individuală pentru excursie. Voi aminti pregătirea sufletească. Evadarea din cotidian este însoţită de cele mai multe ori de o aşteptare a momentului plecării. Gîndul plăcut de a vedea lucruri noi este amestecat cu grija de a nu uita ceva util la drum, de a nu întîrzia în dimineaţa plecării şi această frămîntare dă o stare de nelinişte, de agitaţie, producătoare de multe ori a unei oboseli care dăunează în bună măsură acumulării forţelor fizice. Deci, în primul rînd linişte, calm, judecată rece. Apoi vine la rînd pregătirea tehnică: ce obiecte să luăm cu noi, care dintre ele sînt strict indispensabile. Desigur că alegerea este în funcţie şi ea de condiţiile atmosferice, de durata excursiei, de terenul unde se va desfăşura. Iată, în ordine cronologică, „momentele" principale ale pregătirii.

În seara premergătoare plecării, o oră de pregătire este suficientă. Ne pregătim un rucsac (nu sac de sport deoarece mîinile trebuie să poată balansa liber în ritmul mersului). Potrivirea curelelor are mare importanţă, pentru că rucsacul trebuie să ocupe golul şalelor, deci să nu stea nici prea sus sub omoplaţi, nici prea jos, pe osul sacru. Primul obiect care se pune în rucsac este o pătură subţire sau o cuvertură, bine potrivită ca să vină în partea şalelor, aceasta pentru ca orice alt obiect dur pus în rucsac să nu jeneze în timpul mersului. Se adaugă apoi un rînd de schimburi de corp (cămaşe, chiloţi, ciorapi, o pereche de pantofi de tenis sau o altă sanda uşoară pentru purtat în cabană, 2—3 batiste, 2 maieuri de corp, eventual o pijama de finet şi un pulover gros. Să nu uităm o pungă de plastic pentru adunarea rufelor murdare ca să nu le punem peste cele curate.

Alimentele se învelesc cu şervetele de hîrtie, în pachete separate pentru cîte o singură masă. De exemplu, pentru micul dejun punem un sandviş cu şuncă, muşchi ţigănesc sau brînză, un ou fiert tare şi pe pachet scriem micul dejun. Pentru masa de amiază se împachetează o bucată de friptură, o cruditate (castravete, roşii sau ceapă verde), o felie de brînză puţin sărată, fructe, un pachet de 25—50 g ciocolată, o prăjitură uscată. Pachetul este, de asemenea, însemnat: masa de prînz. Şi aşa pentru toate mesele.

În sfîrşit, se mai adaugă în rucsac un necesar cu aţă, ac, chibrituri şi o lumînare (chiar dacă avem cu noi un felinar electric), o bucată de 2—3 m de sfoară solidă (nu se ştie niciodată la ce poate servi), un cuţitaş într-o teacă de piele, ori un briceag, o cană de plastic, un bidon emailat sau de plastic de un litru, pentru apă. Nu vom uita, bineînţeles, obiectele de toaletă intimă: săpun, pastă de dinţi şi periuţă, prosop, pieptene şi — bărbaţii (chiar adolescenţii!) — aparatul de ras; o barbă





țepoasă este în contradicție flagrantă cu splendida armonie a naturii.

Să nu uităm nici trusa sanitară. Cîteva antinevralgice, tablete de bicarbonat, cîteva de Lizadon (contra crampelor), chiar 1—2 tablete de fenobarbital pentru eventuala insomnie provocată de o prea mare oboseală, un tub de jecolan pentru arsurile de soare sau pentru buze crăpate de vînt, un mosor de leucoplast, o cutie de comprese sterile, 2 fești de tifon, o sticluță de alcool iodat cu dop de sticlă, cîteva bucăți de vată împachetate separat în pliculețe de hîrtie cerată.

Ochelarii de soare sînt necesari numai vara în zilele puternic însorite și iarna cu zăpadă strălucitoare. Aparatul de fotografiat, tranzistorul, binoclul sînt obiecte plăcute în excursie. Trebuie să fie însă de dimensiuni mici și ușoare. O busolă, harta regiunii străbătute, un creion și un blocnotes sînt iarăși obiecte care se pot pune în buzunarele rucsacului. În buzunarele de la haine punem decuseara actele de identitate, alte documente în legătură cu excursia și banii. Este bine ca buzunarul acesta să fie prevăzut cu un nasture! Să mai adăugăm cîteva șervețele de hîrtie sau igienică, o cutioară cu unsoare de bocanci sau cremă cerată.

În sfîrșit, după toate pregătirile, putem lua masa de seară. Mîncarea să fie consistentă ca putere hrănitoare, dar nu prea mult cantitativ. Ca băutură, ceai slab de tei sau de mușețel, cam 300—400 g bine îndulcit. Sînt și calmante și hidratante, pregătind corpul pentru efortul de a doua zi.

După ce am luat masa ne pregătim hainele de îmbrăcat a doua zi: cămașă sport, deschisă la gît, un pulover sau jachetă ușoară, basc, șapcă de sport cu cozoroc, sau pălărie de sport, două perechi de ciorapi, una subțire direct pe picior și o pereche de bumbac mai gros pe deasupra. Așa se asigură o călcătură moale și neobositoare la drum îndelungat. Nu vom uita să pregătim și fulgarinul de plastic pentru ploaie sau un hanorac impermeabil.

La ora 10, cel mai tîrziu, culcarea. În orice caz este necesară asigurarea unui somn de 7 ore înaintea unei zile de excursie.

În dimineața plecării nu pregetați a vă scula imediat din pat după trezire. Aceasta biciuiește organismul și-i deșteaptă toate funcțiile. Spălați-vă (eventual bărbieriți-vă), puneți rucsacul la spinare și în pas vioi mergeți la locul de întîlnire.

O dată plecați, potriviți-vă ritmul de mers după puterile celui mai puțin dotat fizicește din grup. Respectați cu strictețe etapele stabilite, executați fără discuție hotărîrile conducătorului de excursie pe care l-ați admis. În general, primul popas se face după 20—25 de minute de la plecare (haltă de ajustare) și durează 2—3 minute. Apoi ritmul este de 50 de minute de mers și 10 minute repaus. Bineînțeles pe teren accidentat sau vreme nefavorabilă, soare arzător, ploaie, vînt puternic, ritmul de mers se va adapta acestor impedimente. La vremea popasului, odihniți-vă realmente într-o poziție șezîndă, pentru ca organismul să se destindă.

La popasul pentru masă mîncați liniștit, șezînd.

O dată ajunși la țintă, excursioniștii să nu uite că sînt necesare 2—3 minute de destindere activă (fricționarea pulpelor, cîteva mișcări de brațe, aplecări ale trunchiului, 10—20 de pași în fugă cu genunchii ridicați forțat, mișcări urmate de 10—20 de inspirații profunde).

Masa după marș trebuie să fie tot consistentă, dar nu exagerat copioasă.

Aranjați-vă un pat cît mai odihnitor în condițiile existente la locul de cazare. Nu uitați că pierderea de calorii în efortul mersului pe jos a fost importantă. Deci, îmbrăcați-vă gros pentru noapte, după ce ați dezbrăcat complet rufăria purtată în cursul zilei și care este impregnată de sudoare.

Nu exagerați eforturile peste puterile pe care vi le cunoașteți. Excursia trebuie să vă refacă puterile nu să vă epuizeze.

Nu vă despărțiți în grupulețe cu programe separate. Cădeți de acord de la bun început asupra itinerariilor și respectați-le.

Urmînd aceste sfaturi puține, dar rezultate din experiență îndelungată, vă veți bucura din plin de excursiile la care veți participa.

Dr. Gh. SOLCĂNESCU

CE SINT ŞI CUM SE PRODUC

De cînd cu frecvenţa mereu crescîndă a hepatitei epidemice, termenul de „icter" a intrat — din păcate — în vorbirea de uz curent a fiecăruia dintre noi. Nu este însă suficient să ştim doar că denumirea derivă din elină (galben), icterul fiind descris pe larg de Hippocrat cu două milenii înaintea noastră şi că defineşte o stare patologică a organismul caracterizată prin creşterea în sînge şi ţesuturi a „bilirubinei", substanţă care împrumută pielii şi conjunctivei ochiului, ca şi uneori urinii, culoarea tipică. Cum există în genere — pentru profani — tendinţa reducerii la hepatita epidemică a tuturor icterelor, care pot fi însă de multiple naturi, fiecare cu primejdia şi tratamentul special, nu este inutilă credem o scurtă trecere în revistă a acestei noţiuni.

Bilirubina provine din degradarea normală a hemoglobinei, colorantul cu fier al globulelor roşii sanguine (eritrocite), cu rol esenţial în „cărăuşia" oxigenului din aer la ţesuturi; trecerea „la reformă" a acestor celule, la fiecare 120 de zile, prin distrugerea lor fiziologică, în special în splină, pune în libertate continu bilirubină (pigment roşu-brun, lipsit de fier). Aceasta este oarecum toxică, necesitînd pentru eliminarea ei din organism o prelucrare din partea ficatului, care o „neutralizează", combinînd-o cu aşa-numitul acid glicuronic şi „azvîrlind-o" în bilă. Prima formă a bilirubinei este denumită deci „liberă" sau „indirectă" (pentru că, atunci cînd o măsurăm în laborator în sîngele bolnavului, ea nu reacţionează direct cu reactivul respectiv), nu se dizolvă bine în apă (deci nu trece prin rinichi în urină), dar este solubilă în unele grăsimi (deci pătrunde cu predilecţie în creierul bogat în astfel de substanţe, pe care îl poate intoxica). Cealaltă formă, bilirubina „legată" sau „directă", prezintă proprietăţi exact inverse şi nu poate fi găsită normal în sînge, deoarece este eliminată în bilă.

Cum se produce icterul?

Există trei posibilităţi, după nivelul la care acţionează cauza bolii.

1. **Înainte de ficat.** O serie de factori infecţioşi (septicemii cu microbi introduşi de exemplu printr-un avort provocat empiric), toxici (unele ciuperci otrăvitoare, veninul de şarpe, anilina şi derivaţii ei din industria coloranţilor, sau anumite medicamente luate fără indicaţie precisă), ori imunologici (sensibilizarea globulelor după un contact prealabil cu o anumită substanţă, ca şi unele defecţiuni înnăscute ale eritrocitului) pot determina o distrugere anormal exagerată a acestor elemente, adică o „hemoliză". Vorbim în acest caz de „icter hemolitice", care duc la anemie, paloare gălbuie, bilirubină indirectă crescută în sînge, urini puţin colorate, scaune brun-închise. Tratamentul icterelor hemolitice se adresează cauzelor respective şi este de obicei

de competenţa strictă a hematologului.

2. **Dedesubtul ficatului.** O „piatră" (calcul), for-

ICTERELE

mată prin precipitarea substanțelor din bilă în calea scurgerii acesteia, o infecție a căilor biliare sau o contractură a musculaturii lor după o emoție puternică ori după abuzuri alimentare (diskinezie), comprimarea acestor căi de către o tumoare a ficatului, pancreasului sau a altor organe învecinate, toate aceste cauze pot duce la oprirea „mecanică" a evacuării bilei. Bila este împinsă în sus, înfrînge barajul hepatic și irupe în sînge, în care crește bilirubina directă, cu un icter intens și verzui, o mîncărime chinuitoare, urini puternic colorate și scaune asemănătoare chitului alb: s-a produs așa-numitul „icter mecanic", însoțit în calculoză de mari dureri la nivelul ficatului.

Cînd icterul mecanic este provocat doar de o infecție, tratamentul acesteia îl rezolvă adesea; în celelalte cazuri însă este necesară de cele mai multe ori o intervenție chirurgicală care să înlăture calculul sau tumoarea.

3. **Bolile ficatului însuși** — de natură toxică (solvenți organici, unele medicamente etc.), dar mai ales infecțioasă (hepatite) — asociază caractere ale celor două posibilități de mai sus: în sînge sînt crescute ambele tipuri de bilirubină, urinile apar intens colorate și scaunele chitoase, cîteodată doar intermitente. Cea mai mică manifestare în acest sens — în special însoțită de greață, dureri musculare („gripă"), mîncărimi sau febră — trebuie să ne atragă atenția asupra celei mai importante cauze de icter: *hepatita epidemică*. Provocată de virusuri specifice, transmise prin contaminarea alimentelor sau veselei, dar și prin seringile sau instrumentarul insuficient sterilizat, hepatita epidemică poate avea uneori o evoluție severă; după trecerea fazei acute a bolii sînt obligatorii un repaus prelungit (2-3 luni), regim (fără conserve, alimente grele și condimente tari) cel puțin un an, abstinența de la alcool și tutun, control periodic și tratament conform indicațiilor medicului, fără de care se ajunge deseori la hepatita cronică și, cînd și aceasta este neglijată, la ciroză. De aceea să reținem ca o normă obligatorie pentru sănătatea noastră și a celor din jur, formula: icter = consultație medicală imediată!

Dr. TEODOR GHEORGHIU

ȘTIAȚI CĂ...

... — Durata maximă a vieții unui fir de păr este de 10 ani, dar majoritatea firelor de păr nu trăiesc mai mult de 6 ani.

... — Numărul total al firelor de păr de pe cap variază între 80 000 și 140 000 și anume: în medie părul blond totalizează 140 000, cel șaten 110 000, părul negru 102 000, iar părul roșu 88 000 fire. Numărul firelor de păr de pe restul corpului este de circa 20 000 .

... — Grosimea firului de păr este cuprinsă între 0,07 și 0,17 mm, fiind în funcție de culoare și regiunea corpului pe care crește.

... — Dacă nu este tuns, părul poate ajunge după 6 ani la cca 70 cm. Creșterea zilnică a părului diferă de la o regiune la alta a corpului. Astfel, părul de pe cap crește între 0,2 și 0,3 mm, iar părul bărbii (în funcție de frecvența bărbieritului) între 0,4 și 0,6 mm.

... — Părul lung nu crește cu aceeași viteză ca părul scurt; vara părul crește mai repede decît iarna, noaptea decît ziua.

Îmbăierea copilului

MIC

Nu vom insista aici asupra importanței curățeniei pentru sănătate și asupra rolului igienic al băii. Deși în aparență foarte ușor de făcut, baia prezintă totuși unele dificultăți, iar de felul cum se face prima baie depinde și modul în care sugarul o va accepta mai tîrziu: cu bucurie sau cu plîns. Sînt copii mai măricei, care alarmează toată familia cînd urmează să facă o baie generală; de vină au fost primele băi care au fost prea reci sau prea fierbinți și au creat reflexe de apărare. Deci: atenție la prima baie!

În general se face baie înaintea ultimului supt, deoarece copilul suge mai puternic după aceea și adoarme mai profund. Iată pe scurt cîteva indicații care se pot dovedi utile:

1. Camera *în care se face baia copilului va avea o temperatură de 22—24°.*

2. Cădița *trebuie să fie curățată înainte de fiecare baie cu apă fierbinte și cu un detergent (Alba, Perlan).*

3. Rufăria: *ca la înfășatul obișnuit.*

4. Apa de îmbăiat *trebuie să aibă temperatura de 37—38°. Dacă nu are termometru de baie, mama va încerca cu cotul temperatura apei, regiunea cotului fiind una dintre cele mai sensibile ale corpului (atunci cînd la cot simțim căldură plăcută, înseamnă că apa are temperatura potrivită pentru baie). Cantitatea de apă pentru o baie este aceea care acoperă corpul copilului. Deoarece mamele tinere nu sînt obișnuite să țină bine copilul în cădiță, se recomandă pentru primele băi o cantitate mai mică de apă. Pentru a împiedica alunecarea copilului în baie este bine să se pună pe fundul căzii o bucată de tifon sau finet.*

5. Săpunul de toaletă *sau săpunul de ras sînt cele mai indicate pentru copii.*

6. Uleiul fiert și răcit *va fi pregătit la îndemînă, ca și pachetul de vată.*

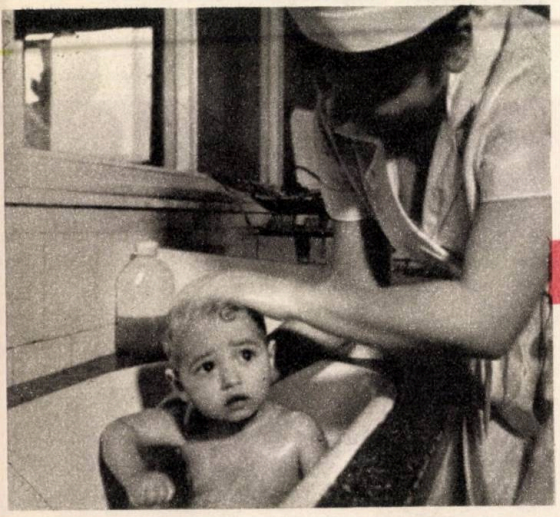
7. Prosoapele plușate *moi sînt cele mai potrivite.*

Tehnica îmbăierii. *După ce toate pregătirile sînt gata, mama ia copilul, pe care îl dezbracă, îndepărtînd rufele murdare, și îl introduce în baie în felul următor: se trece mîna stîngă sub capul copilului (ceafă), subsuoara stîngă a copilului fiind prinsă cu degetele mamei de la aceeași mînă; cu mîna dreaptă, mama prinde picioarele în dreptul gleznelor și apoi picioarele și restul corpului (această manevră*

trebuie făcută cu îndemînare, pentru a nu crea copilului senzația neplăcută de cădere); capul copilului trebuie să fie bine asigurat pe mîna stîngă.

După ce am așezat copilul în baie înmuiem pielea cu apă. Mai întîi spălăm fața și capul, apoi săpunim bine corpul de la gît în jos și pe piept, abdomen, picioare, după care clătim cu apa de baie. Întoarcem copilul cu fața în jos și procedăm la fel ca la prima parte, spălînd bine șezutul.

La sfîrșit, la copiii de peste 2—3 luni, dezvoltați normal și sănătoși, este bine să clătim copilul cu apă la o temperatură mai mică decît cea din timpul băii, adică la 34—35°, care înviorează copilul. După îmbăiere, copilul se scoate din apă cît mai repede posibil și se învelește cu un prosop plușat. Este mai bine să tamponăm, pe porțiuni, decît să frecăm cu prosopul. La fetițe ștergem șezutul totdeauna din față spre spate, pentru a nu infecta organele genitale cu microbi din anus. După uscarea pielii se vor unge cutele și șezutul cu ulei fiert și răcit. Obiceiul unor mame de a pudra cu talc copilul la cute nu este de recomandat, deoarece talcul se amestecă cu urina, materiile fecale sau transpirația și provoacă iritarea pielii. După aceasta se înfașă copilul cît mai repede și i se dă de mîncare, după care este așezat în pătuț. Durata unei băi este de 5—10 minute. Pînă la 6 luni este de recomandat ca baia să se facă zilnic; de la 6 la 12 luni, la 2 zile, iar după 1 an, la 3 zile.



Baia de seară nu asigură însă întreaga igienă a copilului. Trebuie ca în fiecare dimineață să-i facem toaleta, care constă din următoarele: se va șterge cu ulei pielea capului și se va peria părul cu o perie moale, personală. Ochii vor fi șterși cu tampoane de vată (cîte un tampon de vată pentru fiecare ochi) muiate în ceai de mușețel sau apă fiartă și răcită la temperatura de 36—37°. Se începe ștergerea pleoapelor de la colțul dinspre nas spre colțul din afară. Urechile se curăță cu ajutorul unor fitile făcute din vată. La fel se curăță și nasul. Pentru fiecare nară și ureche se întrebuințează un fitil curat, pentru a nu împrăștia o eventuală infecție. Dosul urechii se unge cu ulei fiert și răcit. Unghiile pot fi tăiate numai cînd sugarul doarme, avînd grija să ștergem mai întîi forfecuța cu spirt sanitar. Nu se va spăla niciodată gura sugarului, cu atît mai mult în timpul băii și în special cu apa din baie. Pentru a păstra igiena gurii trebuie respectată igiena sînului mamei, a tetinei, a linguriței, a căniii copilului. Niciodată nu se va șterge gura sugarului, întrucît putem răni mucoasa foarte fragilă a gurii, ceea ce favorizează apariția unor infecții.

De la vîrsta de 1 an începem să-l interesăm treptat pe copil cu aceste manevre, pentru a-i înrădăcina deprinderile de igienă atît de necesare pentru apărarea și întărirea sănătății lui.

Dr. VIRGINIA IOAN

PROGNOSTICUL LA ASIRO-BABILONENI

Omul nu s-a mulţumit şi nu se mulţumeşte să lupte împotriva îmbolnăvirilor prin tratamente de tot felul; el mai doreşte să prevadă modul cum va evolua boala respectivă şi, mai cu seamă, dacă sfîrşitul ei va fi favorabil sau fatal. În toate tratatele moderne de patologie există, de altfel, capitole consacrate prognosticului, conţinînd indicaţii asupra evoluţiei probabile a afecţiunii studiate, cu referinţe speciale la şansele de vindecare şi supravieţuire a suferindului.

Dar scrieri cu caracter prognostic se întîlnesc destul de numeroase în marile arii de civilizaţie ale antichităţii, la egipteni, la mesopotamieni, la indieni şi chiar la greci. O deosebită amploare a căpătat la asiro-babiloneni această preocupare pentru previziunea desfăşurării bolilor. S-au descoperit în ultimul secol sumedenie de tăbliţe de lut, cu texte prognostice, uneori alcătuind adevărate tratate „de specialitate". Un asemenea tratat, redactat prin secolele VIII-V î.e.n., a publicat nu de mult René Labat, din care vom desprinde cîteva notaţii semnificative.

Multe prevestiri „medicale" consemnate aici sînt deduse din „semne" care, de fapt, nu au nimic de-a face cu studiul obiectiv al bolilor. Aflăm, astfel, dintr-o tăbliţă că dacă la intrarea lecuitorului în casa bolnavului uşa geme, bolnavul va muri. Dacă, în drum către bolnav, lecuitorul vede un şoim străbătînd cerul de la stînga spre dreapta, suferindul se va vindeca, iar dacă şoimul zboară către stînga, pe pacient îl pîndeşte moartea. La fel, dacă lecuitorul vede un porc de culoare neagră, suferindul fie că va muri, fie că se va vindeca, dar după chinuri grele; în schimb, dacă lecuitorul vede un porc alb, bolnavul fie că se va vindeca, fie că va cădea în mare primejdie. Iată dar că prezicătorul şi-a luat suficiente măsuri de „prevedere": el va avea dreptate şi în caz că pacientul răposează, şi în caz că scapă cu viaţă...

O serie întreagă de prevestiri erau deduse din numărul orificiilor bine vizibile pe mamelonul femeii însărcinate. Dacă, de pildă, se puteau număra trei asemenea orificii — copilul avea să fie sărac; cinci orificii — copilul va muri; şase orificii — naşterea nu va fi la termen; şapte orificii — copilul va trăi;

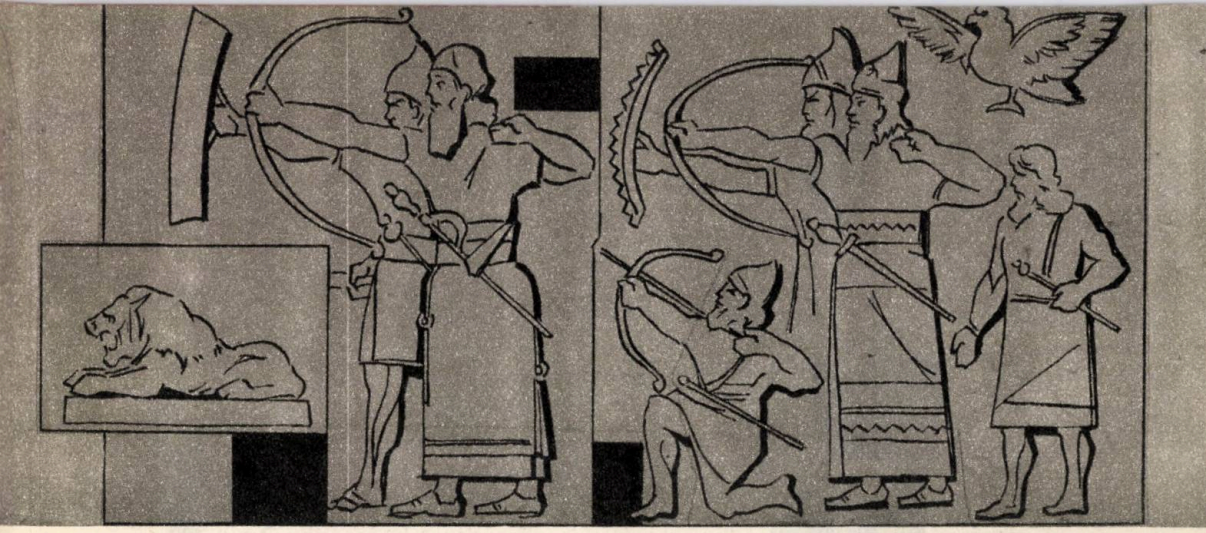
ŞTIAŢI CĂ...

...hîrtia, care se utilizează la imprimarea jurnalelor americane, preparată din pulpa unui arbore obişnuit în America, Balsamul, conţine un hormon cu efect estrogen? Astfel s-a putut extrage din jurnalele vechi o substanţă care datorită proprietăţilor sale hormonale s-a dovedit a fi un insecticid foarte puternic. Graţie acestui extract, savanţii Universităţii din Harvard au putut obţine moartea a milioane de insecte, Pyrrhocoris apterus, nocive agriculturii.

...o observaţie întîmplătoare a permis unui bolnav care suferea de rectită ulceroasă şi era tratat cu salazopirină să-şi dea seama că această sulfamidă îi provoca o aversiune totală pentru tutun? Poate că utilizarea acestui medicament ar putea constitui o nouă metodă de dezintoxicare tabagică.

...d-rul Broder din Saint-Louis (U.S.A.) a tratat refluxul ureteral la copii prin plasarea la joncţiunea ureterului cu bazinetul de electrozi legaţi la exterior cu un motor electric, capabil de a provoca impulsuri ritmate în scopul de a obţine contracţii ureterale descendente? Se împiedică astfel refluxul, evitîndu-se intervenţiile chirurgicale, în aceste grave afecţiuni ureterale, pentru implantarea ureterelor în intestinul subţire.

...de curînd au fost puse la punct noi aparate electronice, utilizabile în diferite discipline medicale? 1) Cardiotahimetrul



nouă orificii — copilul îi va arăta cîndva dușmănie mamei etc.

Alte texte „prognostice" se referă la prezicerea sexului copilului, problemă care i-a pasionat din totdeauna pe viitorii părinți.

Dar prevestirile despre care a fost vorba pînă acum sînt înrudite mai degrabă cu ghicitul, întrucît nu se întemeiază pe semnele bolilor, ci pe observarea accidentală a unor fenomene care, cîndva, au coincis, eventual, cu anumite manifestări patologice.

În literatura medicală asiro-babiloneană și chiar în tratatul publicat de Labat figurează însă și unele prognosticuri cu caracter mai științific, întrucît sînt deduse din studiul atent și îndelungat al simptomelor prezentate de bolnavii înșiși. Iată, spre exemplificare, un tablou al semnelor morții apropiate: „Dacă (suferindul) are fierbințeală la cap, dacă mușchii tîmplelor, ai mîinilor și picioarelor îl înjunghie deodată, dacă picioarele sînt reci pînă în partea de jos a pulpelor, dacă vîrful nasului i s-a înnegrit, dacă dinlăuntrul ochiului îi curg urdori galbene și albe, dacă amîndouă pleoapele îi sînt prinse, dacă suflarea îi este prinsă în nas, astfel că trebuie să răsufle pe gură, toate acestea înseamnă că moartea i se urcă în gîtlej". Dincolo de stîngăcia formulării lor, aceste semne ale stării preagonice dovedesc un treaz simț de observație, care anticipează descrierile clinice din „cărțile hippocratice", elaborate în Grecia secolelor al V-lea și al IV-lea î.e.n. De altminteri, influența anumitor elemente ale artei vindecării mesopotamiene asupra vechii medicini elene este de netăgăduit. Făurirea medicinei științifice a reprezentat un proces complex și anevoios, cu rădăcini în trecutul cel mai îndepărtat.

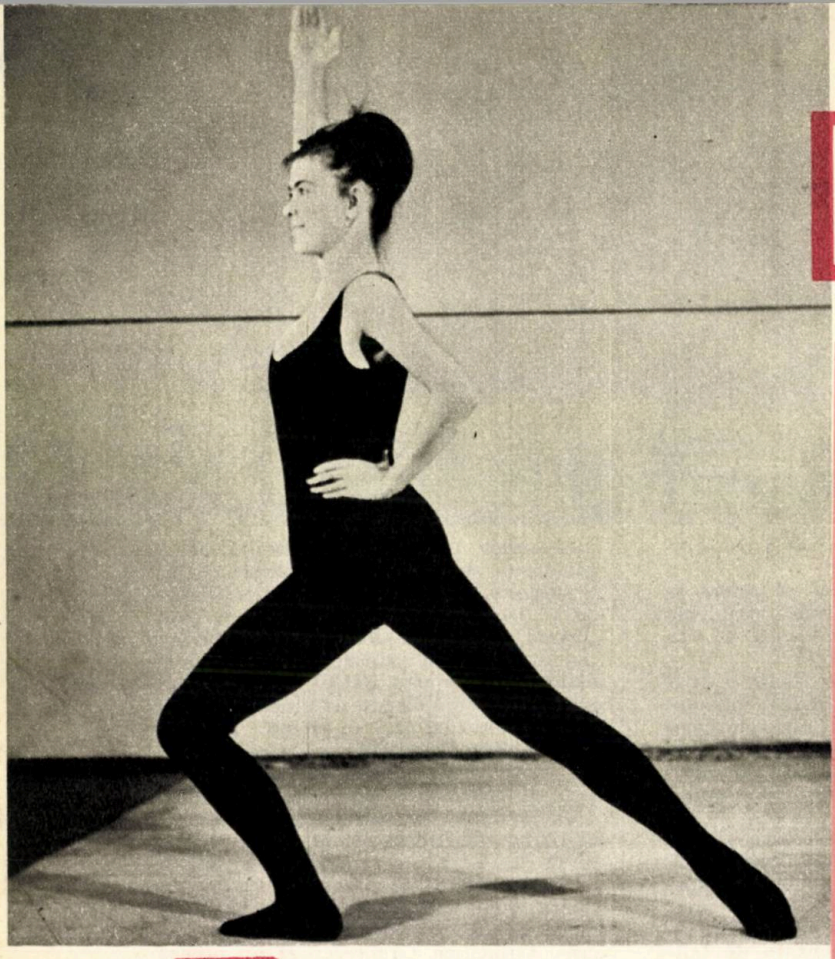
Dr. GH. BRĂTESCU

fetal, care înregistrează, sub formă de grafic, ritmul cardiac al fătului și intensitatea contracțiilor uterine în timpul travaliului. 2) Un analizator al dimensiunilor globulului roșu, ordinator electronic care clasifică globulele roșii după mărime, prezentînd această clasificare sub forma unui grafic, facilitînd astfel diagnosticul diverselor anemii. 3) În sfîrșit, un calculator electronic, utilizat în psihiatrie de către Rylander, pentru înregistrarea unui program de probe psihologice în serie și clasificarea răspunsurilor obținute.

...cardiotahigraful este un aparat care permite înregistrarea continuă a frecvenței ventriculare? Acest aparat lucrează în conexiune cu un electrocardiograf convențional, ale cărei unde R declanșează înregistrarea cardiotahigrafică care arată frecvența diferitelor intervale R și R', deci ritmul cardiac.

...perioadele de vis, în timpul somnului, se recunosc prin mișcările oculare și prin prezența de unde particulare pe electroencefalogramă? Studiul acestor două metode arată că fenomenele de somnambulism nu aparțin perioadelor de vis.

...crustaceele, mai ales scoicile, stelele de mare, sepiile, stridiile secretă o substanță antivirală numită „paolin", capabilă de a proteja șoriceii contra infecției poliomielitice și a gripei B și de a inhiba creșterea pe culturi de țesuturi a virusului herpetic?



FEM

Trei noţiuni care nu de mult nu se puteau asocia şi pentru cîştigarea cărora a fost nevoie de un mare salt calitativ.

În zilele noastre zîmbim cînd ne aducem aminte de îmbrăcămintea voluminoasă a bunicelor care îndrăzneau să se arate în public la un ştrand, deşi ele erau precursoarele, deschizătoarele drumului care a dus la descătuşarea din ideile preconcepute şi la dreptul femeii de a practica sportul.

Ca în toate domeniile şi aici există însă exagerări, care descurajează pe cele mai timide sau stimulează într-un sens nedorit pe cele întreprinzătoare.

Femeile nu trebuie să uite niciodată că sînt femei, iar activitatea lor sportivă trebuie să fie adecvată sexului lor.

Ştim cu toţii că organismul feminin este construit de natură în aşa fel încît să corespundă menirii sale fiziologice, maternitatea. Acest lucru obligă respectarea perioadelor fiziologice care o fac mai puţin rezistentă la efort, mai vulnerabilă. Obosesc repede fizic şi nervos.

Statura o au în general mai mică, bustul mai lung, picioarele mai scurte decît bărbaţii. Umerii le sînt mai înguşti, bazinul lat, oasele mai fine. Musculatura, atît ca volum cît şi ca forţă, este redusă, ligamentele slabe, articulaţiile mici, delicate,

în schimb ţesutul adipos abundent proporţional le rotunjeşte formele, citeodată excesiv.

În general, inima le este mică şi sînt predispuse la tulburări circulatorii, datorită cărora iarna mîinile şi picioarele le sînt reci, iar vara, la efectul căldurii şi oboselii, se umflă. Pulsul le este mai rapid, adaptarea la efortul fizic necesită timp îndelungat şi o dozare foarte atentă.

Respiraţia mai frecventă ca la bărbaţi este şi superficială, volumul de aer inspirat la o inspiraţie mic, deci o oxigenare deficitară.

Lunar, femeia este cîteva zile inaptă pentru o activitate fizică susţinută. În această perioadă este nervoasă, iritabilă, are dureri de cap, greaţă, oboseşte repede. Pentru a nu tulbura echilibrul este de dorit să evite în aceste zile alergările, săriturile, ridicarea greutăţilor, băile reci sau fierbinţi al căror efect este dăunător sănătăţii, chiar dacă momentan nu simte nici un inconvenient. Se întîmplă destul de frecvent ca acest ciclu fiziologic să fie schimbat intenţionat, grăbind sau întîrziind apariţia sa în funcţie de o dată fixă la care este nevoie să depună un efort fizic intens. Dereglarea artificială repetată poate duce la mari perturbări, care nu mai pot fi reglementate mult timp.

Sarcina pune o problemă în fața femeii și-i solicită energia în vederea creării unei vieți noi. În prima perioadă a sarcinii, activitatea fizică moderată nu este dăunătoare la o femeie sănătoasă, însă trebuie adaptată condițiilor schimbate. În perioada a doua, activitatea fizică va trebui să fie recomandată de medic și aplicată sub controlul său.

Lăuzia necesită de asemenea menajamente. Efortul intens, nerespectarea prescripțiilor medicale, dar și o totală inactivitate sînt contraindicate.

În jurul vîrstei de 50 de ani, femeia mai trece printr-o perioadă destul de grea, aceea a încetării funcției ovariene. Cel mai dezagreabil lucru care decurge din aceasta, în majoritatea cazurilor, este creșterea rapidă a depozitelor adipoase, care pînă atunci au fost ușor de combătut, a tensiunii arteriale, care dă fenomene foarte neplăcute.

Femeia sănătoasă poate trece prin toate aceste etape fără ca să se resimtă prea mult; din nefericire, o viață neigienică, boli specifice femeilor le fac mai vulnerabile. Mișcarea nu numai că nu strică, dar ajută foarte mult; totul este cum și cît este permis să se facă și în special ce.

Se recomandă încă din pubertate și adolescență multă gimnastică fetelor, pentru întărirea musculaturii lor slabe, pentru cîștigarea reflexului de postură corectă, un mers grațios, degajat, mișcare liberă armonioasă, o conformație estetică. Scăparea de nedoritele și disgrațioasele depozite de grăsime se face tot prin mișcări speciale, care solicită anumite părți ale musculaturii, în special mușchii abdominali, fesieri și ai coapselor.

Slăbirea nu trebuie să se facă brusc, nici bazată pe înfometare, deoarece în ambele cazuri organismul suferă, iar ținta atinsă cu sacrificiul sănătății nu are nici o valoare.

Sportul de performanță la femei este supus acelorași legi, cu amendamentul că o femeie sănătoasă are voie să facă sport de performanță dacă respectă specificul feminin și nu depășește limitele. Anumite sporturi, ca box, haltere, fotbal, rugbi, lupte, sînt total contraindicate, deși există persoane care încearcă să le practice. Se recomandă în schimb înotul, patinajul artistic, gimnastica artistică și sportivă, atletismul, dar numai anumite probe, ca: alergările de viteză, săritura în înălțime, anumite aruncări; din jocurile sportive: voleiul, baschetul, la cele rezistente handbalul, canotajul, tenisul, tenisul de masă, scrima, dacă nu prezintă o deviere laterală a coloanei vertebrale, adică o scolioză.

Nesportivele pot fi antrenate ușor să facă excursii, plimbări lungi pe jos, o gimnastică igienică de întreținere, puțin înnot, tenis de cîmp.

Viața sedentară nu se recomandă la nici o vîrstă, deoarece este în detrimentul sănătății și al frumuseții fizice care nu poate fi întreținută fără mișcare. În general este greu să învingem inerția de început și să insuflăm perseverența mai tîrziu. Totuși, sacrificiul merită să fie făcut, deoarece starea generală bună, musculatura tonică, corpul suplu, mersul grațios, un ten bine întreținut printr-o circulație normală a sîngelui, mișcări libere, ținută corectă sînt bunuri cîștigate.

Dr. EDIT PETRUȚ

Liniștea care este subliniată și mai mult de tic-tacul ceasornicului a fost întreruptă...

Un semnal sonor și o indicație optică pe pupitrul dispecerului central: „pacientul 24, salonul 115, temperatura 39°C".

În secunda următoare, medicul de gardă este anunțat pentru a lua măsura cuvenită.

După cum ați remarcat și aici este ceva în legătură cu aparatajul modern. Este vorba de un dispecer medical complet electronizat.

Această unitate permite supravegherea unui număr mare de bolnavi numai de o singură persoană calificată, de la un punct central.

Supravegherea electronică a unui bolnav se realizează, prin punerea acestuia în contact cu un cap universal traductor, care transformă principalele mărimi biofizice în curenți electrici. Informația electrică este transportată printr-un canal de comunicație (telefonică sau radio) la dispecerul central. Dacă unul din parametrii activității vitale a organului ia o valoare mai mare decît cea permisă sau măsu-

SPITALUL ŞI RADIOTELEVIZIUNEA

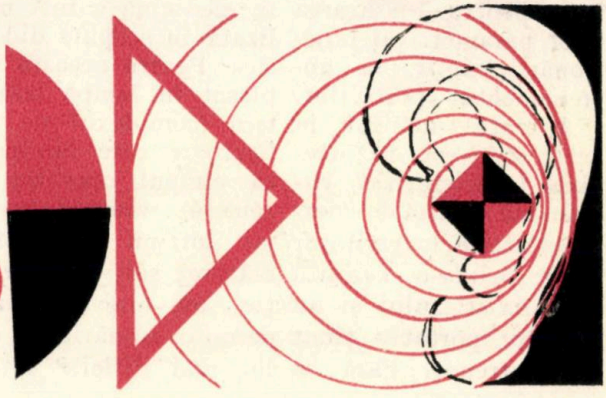
rată la un timp precedent, se pune în funcţie sistemul de alarmare. În cazurile mai grave (postoperatorii), pacientul poate fi supravegheat de la pupitrul central şi prin intermediul unui canal de televiziune în circuit închis (prin cablu).

În aceste saloane moderne există şi instalaţii de sonorizare şi radioamplificare cu programe atractive, pentru a ridica starea de spirit a bolnavilor. Bineînţeles că ascultarea emisiunilor nu se face în colectiv, pentru a nu deranja bolnavii aflaţi într-o stare mai gravă, ci individual, prin intermediul unor căşti telefonice.

La „Brooklyn Hospital", electronica prelungeşte viaţa suferinzilor de paralizia jumătăţii inferioare a corpului şi înlătură riscul infecţiilor urinare. Pentru a se putea elimina urina pe cale naturală (fără a se aplica zilnic sonda vezicală), s-a realizat un sistem de radiocomandă format dintr-un microreceptor plasat abdominal, pentru stimularea vezicii urinare, şi un emiţător central, comandat de un dispecer. De 3 ori pe zi, la ore fixe, se emit comenzi prin intermediul undelor radio, care declanşează o electrocontracţie a musculaturii vezicale, ceea ce are ca efect eliminarea naturală a urinii.

În domeniul comunicaţiilor la distanţă (cu aplicaţii în medicină) se poate arăta aici că recent s-a realizat un dispozitiv adaptat la reţeaua telefonică publică pentru transmis curenţi biologici. De exemplu, cu acest dispozitiv se poate transmite la distanţă o electrocardiogramă sau chiar o electroencefalogramă pentru a se stabili un telediagnostic (diagnosticare la distanţă).

Există unele boli în care supravegherea permanentă medicală este foarte necesară. Cum acest lucru nu este posibil totdeauna, este suficient controlul permanent al unui aparat electronic, de mărimea unei nuci, care se fixează pe lobul urechii pacientului în stare de activitate. Imediat ce tensiunea arte-



rială, frecvența pulsului, temperatura și respirația (chiar și conținutul de hemoglobină în sînge) iau valori anormale (apropierea unui acces), automat se pune în funcțiune un microsistem de radioalarmare, care avertizează centrul de boli cardiovasculare. În acest moment, cu ajutorul unor mașini electronice, se face identificarea bolnavului și a gradului de periclitate, după foaia de observație înregistrată anterior în memoria magnetică. În continuare, tot pe cale electronică se alege punctul de salvare cel mai apropiat, în urma goniometrării (stabilirea locului de existență a bolnavilor prin metode radiotehnice) pacientului, trimițîndu-se în același timp indicații orientative punctului de salvare respectiv.

Radiotelemetria în domeniul electronicii medicale se aplică în prezent pentru măsurarea unor parametri ai funcționării inimii, la antrenamentul sportivilor.

Aparatul utilizat în acest scop este în întregime tranzistorizat, cuprinzînd o sursă de energie electrică, un emițător fixat printr-o centură de talia atletului și un receptor portativ ținut de antrenor. Fără ca atletul să fie jenat de aparatul respectiv sau de antrenor, bătăile inimii sînt transmise pe unde electromagnetice. În felul acesta, antrenorul dozează efortul atletului după activitatea inimii acestuia. Comunicațiile între sportivi și antrenor se pot face tot printr-un canal radio.

În ansamblul aparaturii complexe medicina contemporană face din ce în ce mai mult uz de televiziune.

Iată de exemplu un microscop optic sau electronic însoțit de o cameră videocaptoare, care permite ca imaginea obținută să fie privită în același timp de mai mulți cercetători, la dimensiuni mult mărite. Cuplul dintre un microscop și o instalație de televiziune în circuit închis se cunoaște sub termenul consacrat de televideomicroscop.

Inițial, televiziunea în medicină a fost utilizată în scopuri didactice. Pentru aceasta s-a plasat în lampa scialitică (complexul de reflectoare care luminează cîmpul operator) o cameră videocaptoare, iar într-un amfiteatru alăturat sălii de operație, un televizor care permite urmărirea celor mai dificile intervenții, mult mai comod și de o mare asistență. Acest sistem are avantajul, pe de o parte, că descongestionează sala de operație de spectatori, asigurînd condiții de lucru și asepsie mult superioare, iar pe de altă parte, se garantează o vizibilitate perfectă tuturor asistenților.

Odată cu perfecționarea metodelor radiotehnice s-a introdus și în medicină televiziunea în culori, oferindu-se în acest fel cadrelor sanitare cu o experiență mai mică sau studenților care pătrund tainele chirurgiei imaginea organelor operate mult mai apropiată de cromatica reală, putîndu-se ușor diferenția regiunile sănătoase de cele patologice.

Pentru a obține imagini colorate de calitate s-a mers pînă acolo încît s-a renunțat la culoarea albă a halatelor și cearceafurilor, adoptîndu-se culoarea verde. Tot pentru acest scop, clasicile instrumente chirurgicale cu nichelaj lucios, au fost înlocuite cu altele mate.

Și la noi în țară o parte din clinicile chirurgicale universitare dispun de instalații de televiziune în circuit închis.

Televiziunea este de

folos, după cum am mai amintit, şi în supravegherea bolnavilor, în special a celor suferind de boli mintale sau contagioase. De remarcat că această supraveghere poate fi făcută şi într-un întuneric deplin, prin folosirea unor surse invizibile de lumină infraroşie la care unele camere de televiziune sînt sensibile.

Dacă veţi auzi de denumirea „visitvision", trebuie să ştiţi că este vorba de o instalaţie modernă de televiziune bilaterală, care permite bolnavilor contagioşi să se întreţină la distanţă cu vizitatorii.

Experimental au fost realizate reţele de televiziune între clinici cu specialităţi înrudite pentru a se putea realiza o mai uşoară colaborare între diferiţi specialişti, în cazuri de urgenţă, la care elementul timp este primordial.

Endoscopia clasică (privire cu ajutorul aparatelor optice în interiorul organismului) capătă azi noi posibilităţi prin folosirea avantajelor televiziunii.

Endoteleviziunea este termenul nou al acestei metode, în care imaginea captată optic se aplică unei camere de luat vederi sau, mai elegant, imaginea este captată direct de o minusculă cameră videocaptoare folosită ca endoscop.

De curînd au fost date în exploatare sisteme de endoteleviziune în culori care permit o mai uşoară diagnosticare.

O altă instalaţie realizată recent se numeşte „Exicon", şi constă în asocierea radioscopiei cu televiziunea în culori, pentru scopuri demonstrative sau de diagnosticare. În timpul vizionării la o asemenea instalaţie se injectează în sistemul circulator o substanţă de contrast, care pune în evidenţă în culori diferite detalii ce nu pot fi obţinute pe altă cale.

Odată cu succesele generale ale televiziunii, s-a obiectat de către multe persoane, printre care şi unele destul de competente în materie, că instalaţiile de televiziune produc radiaţii secundare electromagnetice asemănătoare cu cele Röntgen, dăunătoare sănătăţii telespectatorilor.

În urma cercetărilor ştiinţifice efectuate de cadre de diferite specialităţi s-a reconfirmat că practic nu există nici o influenţă dăunătoare de natură radiantă asupra spectatorilor din faţa ecranelor de televiziune.

Ing. M. DUZINEANU

Aparat pentru autoextracţii dentare. În S.U.A. a fost construit un aparat cu ajutorul căruia pacientul îşi poate extrage singur dintele bolnav. Aparatul este dotat cu o seringă anestezianta automată, care funcţionează cu tranzistori.

Utilizarea ficatului de porc în tratamentul comei hepatice. La Universitatea din Kentucky s-a folosit un sistem nou de tratare a comei hepatice. Ficatul de porc proaspăt recoltat şi conservat prin frig a fost pus în legătură cu circulaţia sanguină a bolnavului, aflîndu-se concomitent sub perfuzie. În felul acesta, sîngele bolnavului trecînd prin ficatul de porc este epurat. S-a experimentat la 8 bolnavi, 5 din aceştia ieşind din starea de comă.

Vaccin faţă de adenovirusuri. Recent s-a preparat un vaccin faţă de adenovirusuri (virusuri care provoacă de obicei îmbolnăviri ale căilor respiratorii). A fost preparat prin cultivarea virusului pe ţesut fibroelastic. Vaccinul se administrează peroral.

126 de persoane vaccinate nu au prezentat nici o îmbolnăvire, în timp ce din 132 de nevaccinaţi, 32 s-au îmbolnăvit de infecţii respiratorii.

Paturi de spital pentru bolnavi psihici. În Irlanda numărul paturilor de spital pentru bolnavii psihici, a atins procentul cel mai ridicat din lume.

In regiunile mai puţin dezvoltate economic se semnalizează 11 bolnvi mintali la 1000 de locuitori

CÎTEVA ÎNSEMNĂRI VECHI DESPRE fumători

● Cea mai veche însemnare datează de acum 300 de ani, cam prin anul 1667, şi ne-a fost lăsată de un călător ungur care trecuse în acea vreme prin Bucureşti. El ne spune că boierii fumau din ciubuce enorme, trecînd fumul prin apă ca să aibă mai mult fum şi să gîlgîie. Văzuse, prin urmare, boieri fumînd cu narghileaua, după moda turcească.

● Cu vreo 30 de ani mai tîrziu, italianul DEL CHIARO, care a fost prin Valachia şi a tipărit o carte despre noi, scriind despre obiceiurile boierilor noştri, spunea: „După ce au sfîrşit masa, comesenii se întorc în camerele în care luaseră aperitivul şi unde, după ce fiecare îşi spală mîinile şi gura, se aduce cafeaua înainte de care unii obişnuiesc să bea un pahar de vin, iar dacă cineva doreşte o lulea cu tutun, pe care s-o fumeze în timp ce bea cafeaua, i se aduce imediat".

Tot Del Chiaro, vorbind de obiceiurile de la mesele mari ce se dădeaua la curtea domnitorului C. Brîncoveanu, spune: „dacă vreunul din comeseni strănută la masă, imediat i se aduce un pahar cu vin şi în plus i se dăruieşte o bucată de postav fin şi una de borangic, însă numai dacă strănutul este natural, iar nu provocat de tutun sau de altă substanţă, căci, în acest caz, boierul s-ar alege cu bătaia de joc a tuturor".

● Nu ştim dacă VODĂ BRÎNCOVEANU fuma, ştim însă că şi Antioh Cantemir şi Dimitrie Cantemir fumau. Acesta din urmă n-a părăsit ciubucul nici chiar atunci cînd exilat în Rusia şi căsătorit a doua oară, a trebuit să-şi lepede portul lui oriental: „Se scula la orele 5 dimineaţa, bea cafea turcească şi ciubuc şi după aceea se închidea în cabinetul lui de lucru pînă la amiază"

● Într-un jurnal de călătorie a lui MNISZECK, şambelan şi mai apoi mareşal al Lituaniei, care în drumul său din 1755 spre Constantinopole, ca trimis extraordinar al Poloniei, a trecut prin Iaşi, aflăm că, cu ocazia vizitei ce a făcut-o domnitorului i s-a oferit cafea şi tutun, iar cînd domnul în persoană i-a întors vizita, a fost servit la fel, după masă, cu cafea şi cu tutun.

● După 4 ani, adică în 1759, Iaşul fu vizitat de POTOKI, trimis extraordinar al regelui Prusiei, care, mergînd tot la Constantinopole, a vizitat şi pe domnitorul Moldovei. În jurnalul de călătorie al acestei „excelenţe" nu se vorbeşte de fumat, dar se spune că o „tabachere montată în aur" a fost oferită domnitorului. Domnea atunci în Moldova IOAN TEODOR CALIMACHI (1758—1761), care probabil că obişnuia tutunul.

● CARRA, fostul guvernator al copiilor domnitorului Gr. GHICA, vorbind despre obiceiurile de la noi (1781), nu uită să spună că: „după masă se fumează ciubuce" şi că la curte era un slujitor anume CIUBUCCIU, care n-avea decît grija ciubucelor pe care le servea domnitorului şi musafirilor lui.

● Medicul ANDREAS WOLF, sas, care a fost medicul familiei MORUZI (1780—1804), vorbeşte şi el de „ciubucciu, care, după ce se servesc cafelele, apare cu ciubucele şi întinde pe rînd fiecărui musafir cîte un ciubuc proaspăt aprins". El mai adaugă: „dacă din întîmplare vine în vizită şi vreo cucoană grecoaică, apoi nu stă pe gînduri să le ţină de urît cu ciubucul, obicei cărora, moldovencile nu-i pot prinde gustul".

● Contele d'HAUTERIVE, vorbind de cele văzute între anii 1785—1787, cît a stat el în Moldova, spune despre boierii noştri că „merg de la unii la alţii să bea cafea, să fumeze şi să stea de vorbă", iar, în altă parte, descriind o cîrciumă, în care fusese nevoit să poposească în drumul lui spre Iaşi, spune că era „o tavernă afumată şi plină de tutun şi ovrei".

● NEALE, un medic englez care a fost în Botoşani prin 1805, vorbeşte de un negustor care, îmbrăcat greceşte, stătea tot timpul pe prichiciul ferestrei cu picioarele sub dînsul (turceşte) şi trăgea din ciubuc.

● Un mare fumător de ciubuc a fost şi AL. IPSILANTE, care „sta toată ziua cu cuibucul în gură, în dreapta unei sofale lungi cît o scenă şi acoperit cu perine scumpe, iar doamna sta în stînga".

● N. IORGA a dat de o statuie a lui Ipsilante în oraşul Brno din Cehoslovacia de astăzi; era aşezată deasupra casei în care fusese in-

ternat Ipsilante în timpul exilului său. Statuia se găsea instalată mai sus de linia acoperișului pe un piedestal lat și scurt pe care era inscripția: „Ipsilanti fürst V. Moldau", iar în cercul porții se vedea scris anul 1788. Ipsilante este reprezentat stînd jos turcește și ținînd în gură un ciubuc lung. „Nu pot crede, zice N. Iorga, că o intenție caricaturală a determinat pe artist, ci probabil Ipsilante a pozat așa".

● Un ofițer rus, PRINȚUL DE LIGNE, de origine belgiană, care pe la 1788 a stat în Iași și era un fel de „fluture de salon", a lăsat în corespondențele sale diferite însemnări despre obiceiurile de la noi, între care vorbește de repetate ori de ciubucele foarte lungi ale boierilor noștri, de slugile care servesc ciubucele etc.

● La 1791, un emigrant francez, SALABERRY, care a trecut prin Oltenia în timpul ocupației austriece și apoi prin București scrie că a întîlnit peste tot „aceiași boieri fumînd cu ciubucul și iscălind hîrtiile în palmă."

● Un alt călător, ROHRER, austriac, care a trecut prin Moldova în 1802 și a fost găzduit în multe case boierești, ne spune că, după cafea, servitoarea aducea pahare cu apă rece și, în fine, boierul venea el însuși cu o lulea lungă care atingea mai totdeauna pămîntul.

● Englezul WILLIAM MAC-MICHAEL în trecerea lui prin Iași pe la 1818, a fost primit de domnitorul Scarlat Calimachi într-o audiență care „a fost strict turcească, stînd pe sofale și servindu-se cafea, dulcețuri și ciubuce". Tot el vorbește de caleștile boierești la spatele cărora erau suiți lachei: îmbrăcați după moda orientală, cu turbane pe cap, pistoale și iatagane la brîu și purtînd de obicei în mînă lungile ciubuce cu vîrfurile de chihlimbar ale stăpînului".

● Francezul REIHL PERIN, care fusese în București prin 1835, descrie pe boierii noștri fumători cum stăteau pe divane moi cu picioarele strînse „á la turque" și fumau ore întregi, din narghilea.

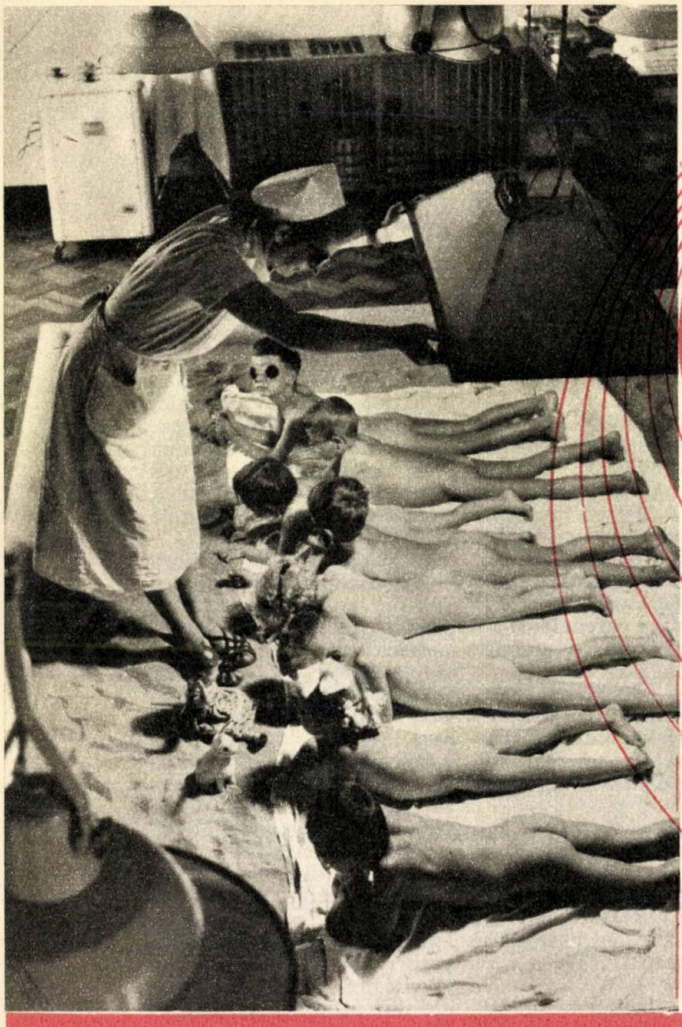
● DEMIDOFF, care în 1837 a voiajat prin țările nostre întovărășit de mai mulți învățați și pictori, pomenește deseori de fumătorii noștri din toate păturile sociale: de țăranul care își fuma luleaua liniștit, de negustorii care stau roată în fața cafenelelor fumînd din lungile lor ciubuce și, „punînd țara la cale", de boierii și domnitorii care, după ceremonia dulcețurilor și cafelei, ofereau ciubuce musafirilor a căror vizită doreau să o prelungească.

● Dar, dacă au fost domnitori pătimași rău de tutun, au fost și de cei care nu-l sufereau, ca NICULAI MAVROCORDAT, care ura cu adevărat deprinderea de tutun fumat și care a scris în greceşte o carte împotriva nicotinei, adică a tutunului, intitulată *„Cuvînt contra nicotinei"*.

Această carte era ca un răspuns, o ocară, laudei ce scrisese, tot în greceşte, călugărul MITROFAN GRIGORAȘ sub titlul *„Elogiul nicotinei"*.

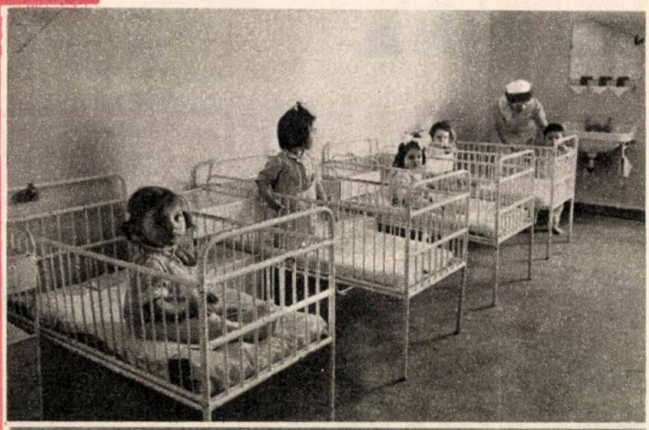
● Și CONSTANTIN VODĂ MAVROCORDAT, fiul lui Vodă Niculai, era împotriva tutunului. „Era acest om (domn) foarte bun la suflet, milostiv, darnic, cucernic, cetea cărți, postea, ajuna, *nu fuma* și silea și pe boieri să facă la fel, așa că pe timpul lui nici boierii nu fumau". În schimb, fratele său IOAN MAVROCORDAT care „a domnit numai odată în Moldova mai mult de trei ani, era un fumător atît de pasionat, încît veșnic sta cu ciubucul în gură". Fostul său secretar, CHESARIE DAPONTES, în „Catalogul Istoric al oamenilor însemnați din sec. XVIII", ne spune că acest Ioan Vodă „a murit mazilit în Constantinopol, în seraiul său de la Mega-Revina, șezînd în scaun cu ciubucul în gură". Dar, din vremea din urmă și în special în secolul al XIX-lea sînt scrieri numeroase și amănunțite, scrise chiar de autori români, despre tabieturile fumătorilor, nu numai ale domnitorilor și boierilor.

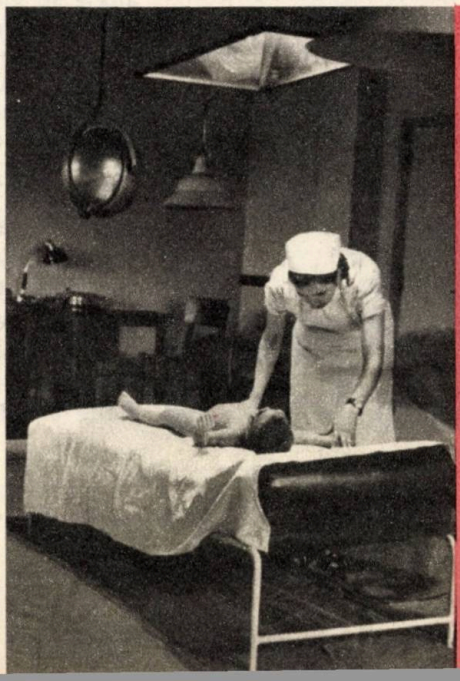
A. POPESCU



ASPECTE

DIN
SPITALUL DE COPII
„EMILIA IRZA"
DIN BUCUREȘTI





REGINA ANTIBIOTICELOR VA FI DETRONATĂ?

ÎNCEPUTURILE GLORIOASE ALE PENICILINEI

În anul 1945, trei savanți englezi — Sir Alexander Fleming, Ernst Chain și Sir Howard Florey — erau încununați cu laurii Premiului Nobel pentru medicină; ei primeau răsplata descoperirii penicilinei, medicament ce avea să deschidă o epocă nouă și glorioasă în tratamentul infecțiilor — era antibioticelor.

Deși acțiunea antimicrobiană a penicilinei a fost constatată de către Fleming încă din anul 1929, abia după 10 ani această

genială observație a putut fi valorificată de Chain și Florey, care au reușit prepararea medicamentului pe cale industrială.

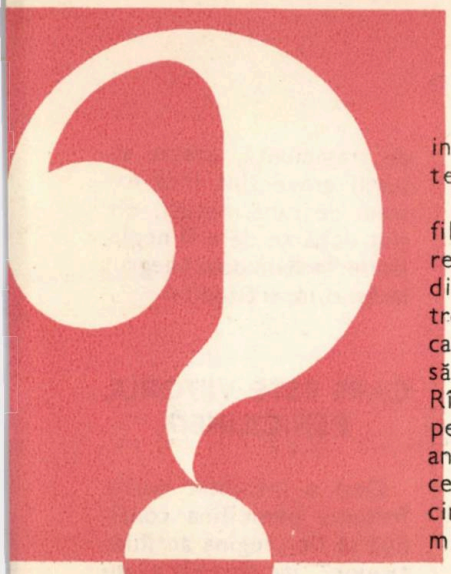
Anul 1941 a marcat începutul bătăliei victorioase a penicilinei împotriva bacteriilor. Bilanțul a fost extraordinar: milioane de vieți salvate, schimbări profunde în patologia infecțioasă, deschiderea de noi orizonturi în epidemiologie, în profilaxie, în farmacologie. Boli de obicei mortale, ca septicemiile, infecția puerperală, endocardita lentă, meningitele purulente și multe altele se vindecau spectaculos în urma penicilinoterapiei. Antibioticul a devenit în curînd cea mai puternică armă împotriva sifilisului, cărbunelui sau gangrenelor gazoase.

Timp de un deceniu, succesele penicilinei au urmat o linie ascendentă; cum între timp se descoperiseră noi antibiotice — streptomicina și cloramfenicolul — se părea că multe probleme ale patologiei infecțioase vor fi definitiv rezolvate, o serie de bacterii fiind învinse sau reduse la tăcere. Dar, pe nesimțite, un fenomen neprevăzut avea să restabilească echilibrul de forțe: este vorba de apariția rezistenței bacteriilor față de antibiotice.

UN ADVERSAR NEAȘTEPTAT: PENICILINAZA

Începînd din jurul anului 1950, din ce în ce mai des clinicienii au observat eșecuri totale ale tratamentelor cu penicilină într-o serie de boli la care, în deceniul anterior, se obțineau rezultate remarcabile. Insuccesele, înregistrate mai ales în infecțiile stafilococice grave, dar și în alte boli cu germeni inițial sensibili, s-au înmulțit îngrijorător în anii următori, fapt care a declanșat o alarmă justificată: oare a început „declinul" penicilinei?

În scurt timp, fenomenul a fost lămurit de cercetă-



tori. Astfel s-a dovedit că bacteriile — în special stafilococul auriu — fie printr-un proces de selecție, fie printr-un proces de adaptare, în contact cu penicilina capătă treptat proprietatea de a secreta o enzimă care conferă posibilitatea de a inactiva penicilina. Această enzimă — adevărată armă de contraatac a microorganismelor — a fost denumită *penicilinază* sau antipenicilină. Cu cît o bacterie secretă mai multă penicilinază, cu atît este mai „rezistentă", deci mai refractară acțiunii bactericide a penicilinei. Stafilococii penicilinorezistenți apăreau mai ales la bolnavii din spitalele în care se efectuau numeroase tratamente cu penicilină. Acești germeni „de spital", deveniți de obicei rezistenți *la toate* antibioticele, ocazionau ulterior adevărate epidemii de infecții grave, care nu mai erau influențate de antibioticoterapie.

Faptul că infecțiile stafilococice, temute prin marea lor gravitate și răspîndire, au ieșit de sub controlul penicilinei, a făcut ca gloria acestui antibiotic să descrească vertiginos. Rînd pe rînd, în locul penicilinei se afirmă noile antibiotice antistafilococice: eritromicina, novobiocina, spiramicina, oleandomicina...

Se părea că regina antibioticelor va fi detronată... Totuși, pînă la urmă, tot penicilinei i-a fost hărăzită continuarea bătăliei.

PENICILINELE SEMISINTETICE REÎNCEP LUPTA

Într-adevăr, îngrijorați de declinul penicilinei, savanții au dat alarma: ea adusese prea multe servicii omenirii pentru a fi părăsită. Cercetări numeroase efectuate între anii 1950—1960 au avut drept rezultat descoperirea unor peniciline ameliorate, cu proprietăți noi. Astfel, rînd pe rînd au apărut penicilinele „de depozit", la început procainpenicilina cu acțiune lentă timp de 24 de ore, apoi dibenzatinpenicilina (Extencilline, Moldamin) cu acțiune mult întîrziată de 7—14 zile, extrem de folositoare în profilaxia reumatismului. Peste cîțiva ani se înregistrează un nou succes prin prepararea penicilinelor antiacide din grupul fenoximetil — Penicilina V, Feneticilina, Propicilina — rezistente la acțiunea sucului gastric și deci de administrare pe cale orală.

Dar, în ciuda acestor progrese evidente, rezistența stafilococilor la penicilină constituia în continuare o problemă nerezolvată. Cînd totul părea pierdut, miracolul s-a produs: în anul 1959, în Anglia, Bachelor și colaboratorii săi descoperă și încep prepararea penicilinelor semisintetice antipenicilinazice. După aprecierea unuia din descoperitorii penicilinei — Chain — acest fapt a reprezentat „cea mai importantă descoperire în domeniul penicilinei, de la constatarea inițială a virtuților ei curative și pînă în prezent".

Calitatea esențială a acestor peniciline noi — preparate prin semisinteză chimică — constă în faptul că nu sînt inactivate de penicilinaza bacteriilor, deci își păstrează neatinsă capacitatea bactericidă asupra stafilococilor rezistenți la penicilină! Primul antibiotic din această serie, meticilina (Celbenin), va fi urmat la scurt timp de altele: Oxacilina, Cloxacilina, Nafcilina...

Iată că după 10 ani de înfrîngeri dureroase, con-

traofensiva penicilinelor asupra stafilococilor reîncepe victorioasă!

Totodată, pozițiile penicilinei se întăresc și mai mult printr-o nouă descoperire — ampicilina — un derivat semisintetic al penicilinei, cu proprietăți de „antibiotic cu spectru larg" atacînd, în plus față de penicilină, și unii bacili gram-negativi, ca de exemplu colibacilul sau bacilul febrei tifoide.

Recîștigarea pozițiilor pierdute față de stafilococ a reîntronat penicilina în fruntea numeroasei familii a antibioticelor. Totul părea în ordine, dar iată că, încet, încet, un nou pericol se insinuează...

ÎNCĂ UN NOR: ȘOCUL ANAFILACTIC

De la început, penicilina s-a dovedit un antibiotic lipsit de toxicitate. Doze de zeci de milioane de unități erau perfect tolerate de către bolnavi. Cu timpul însă, din cauza folosirii ei repetate, o serie de pacienți au început să nu mai tolereze antibioticul, „sensibilizîndu-se" față de penicilină. La început, manifestările erau neglijabile: febră, urticarie, edeme; mai tîrziu însă au apărut și accidente severe, ca șocul anafilactic, nu rareori mortal! Cu toate că, față de numărul imens de tratamente, aceste situații grave sînt încă extrem de rare, totuși, ele sînt departe de a fi neglijabile. Încă un punct negru, iarăși o incertitudine...

CARE ESTE VIITORUL PENICILINEI?

Deși a înfruntat multe furtuni, penicilina continuă să fie „regina antibioticelor", iar domnia ei nu pare să înceteze curînd. Nu este însă cîtuși de puțin exclus ca în scurt timp stafilococul să devină rezistent și față de noile peniciline. Pe de altă parte sînt indicii că șocurile anafilactice s-ar putea înmulți îngrijorător. Deocamdată penicilina și derivații săi recenți continuă să împartă binefacerile lor, iar savanții veghează; de data aceasta știu la ce se pot aștepta. Recent a fost descoperit un nou grup de antibiotice înrudit cu penicilina, avînd acțiune antistafilococică — cefalosporinele. Zeci de alte substanțe noi sînt studiate și își așteaptă verificarea...

În ciuda tuturor dificultăților, este neîndoios că pînă la urmă, tot mintea omenească va fi aceea care va ieși biruitoare, triumfînd în necontenita luptă dusă împotriva inamicilor sănătății.

Dr. M. ANGELESCU

PLANTELE MEDICINALE

Cunoașterea plantelor medicinale reprezintă veacuri de experiență. Folosite în mod rațional, ele sînt medicamente foarte utile.

Infuzia sau ceaiul se obține opărind cu apă clocotită o anumită cantitate de plantă și lăsîndu-se să se extragă esențele active timp de 15 minute; se strecoară și se îndulcește sau nu, după caz.

Decoctul sau fiertura se obține fierbînd în apă anumite părți din plantă. Planta se amestecă de la început în apă rece și se lasă să fiarbă pînă ce apa scade la jumătate. Decoctul se strecoară fierbinte și se bea cald.

Macerația sau plămădeala se obține lăsîndu-se părțile din plantă să stea 3—12 ore în apă la temperatura camerei, apoi se strecoară. În unele cazuri, macerația se face folosind vinul în loc de apă, obținîndu-se un vin medicinal.

Ca și medicamentele, ceaiurile medicinale nu se folosesc oricînd:

— se vor bea înainte de mese sau înainte de culcare ceaiurile care combat răceala, tusea, cele care produc transpirație sau cele care se iau împotriva temperaturii;

— se vor bea cu circa o jumătate de oră înainte de mese ceaiurile care se iau pentru poftă de mîncare, tonice sau amare. De asemenea, tot înainte de masă se administrează vinurile tonice;

— după masă se beau ceaiurile digestive;

— seara la culcare se vor bea ceaiurile laxative și purgative.

CÎTEVA PLANTE MEDICINALE ŞI ÎNTREBUINŢĂRILE LOR

DENUMIREA PLANTEI ŞI A PĂRŢII CARE SE ÎNTREBUINŢEAZĂ	PROPRIETĂŢILE TERAPEUTICE	SUB CE FORMĂ SE FOLOSEŞTE
Fructe de afin	Antidiareic	Infuzie
Coajă de stejar	Antidiareic	Decoct
Ghindă	Antidiareic	Decoct, după ce ghindele au fost prăjite şi măcinate mai înainte
Coajă de salcie	Antireumatic	Infuzie
Frunze de mesteacăn	Antireumatic	Infuzie
Frunze de frasin	Antireumatic	Infuzie
Rădăcini şi flori de ciuboţica cucului	Calmant al tusei şi expectorant	Infuzie
Flori, frunze şi rădăcini de nalbă mare	Calmant al tusei şi expectorant	Infuzie
Flori de lumînărică	Calmant al tusei şi expectorant	Infuzie
Rădăcini de valeriană	Sedativ nervos	Infuzie
Flori de tei	Sedativ nervos	Infuzie
Fructe de păducel	Sedativ nervos	Infuzie
Fructe de anason	Eliminarea gazelor din intestin	Infuzie
Fructe de chimen	Eliminarea gazelor din intestin	Infuzie
Flori de muşeţel	Dezinfectant, cicatrizant	Infuzie
Flori şi tulpini de sunătoare	Acţiune colagogă şi coleretică	Infuzie
Frunze de anghinară	Acţiune colagogă şi coleretică (uşurează funcţionarea ficatului)	Infuzie
Păpădie (plantă tocată)	Acţiune colagogă şi coleretică (uşurează funcţionarea ficatului)	Infuzie
Cozi de cireşe	Diuretic	Infuzie
Frunze de merişor	Diuretic	Infuzie
Coada calului	Diuretic	Decoct
Vîsc	Hipotensiv	Macerație (plămădeală)
Talpa gîştei	Hipotensiv	Infuzie
Coajă de cruşin	Laxativ şi purgativ	Decoct sau praf
Seminţe de in	Laxativ şi purgativ	O linguriţă de seminţe la un sfert de litru de apă se lasă circa 2—4 ore şi se bea seara la culcare un pahar de lichid sau împreună cu seminţele
Limba mielului	Sudorific	Infuzie
Pelin	Tonic amar şi aperitiv	Ceai

Farm. EM. GHEORGHIU

ATI INCERCAT

SENTIMENTUL GENEROZITĂȚII?

Sînt mulți donatori de sînge. Îi numărăm cu zecile de mii. Sînt printre ei donatori vechi, care de ani de zile se prezintă, cu regularitate, la stațiile de recoltare pentru a-și oferi sîngele atît de necesar spitalelor. Gestul lor este frumos.

Dar mai sînt tot atît de mulți oameni, poate chiar mai mulți, care deși au în sufletul lor același avînt nobil și plin de generozitate nu și-l manifestă, nu donează sînge. De ce? Pentru că sînt dominați de credințe greșite, am putea spune un fel de superstiție, sînt înfricoșați, speriați de „nenumăratele necazuri" ce-i așteaptă după donare! — Se „zice" că după ce ai donat o dată sînge, organismul, pentru a pune la loc ce i s-a luat, începe să „fabrice" cantități atît de mari, că toată viața trebuie să dai mereu sînge! Un fel de reacție în lanț ce nu mai poate fi oprită.

Aș întreba pe susținătorii acestei „teribile" teorii, de ce nu face organismul același lucru și cînd îți curge sînge din nas, sau cînd te rănești mai tare și pierzi ceva mai mult sînge?

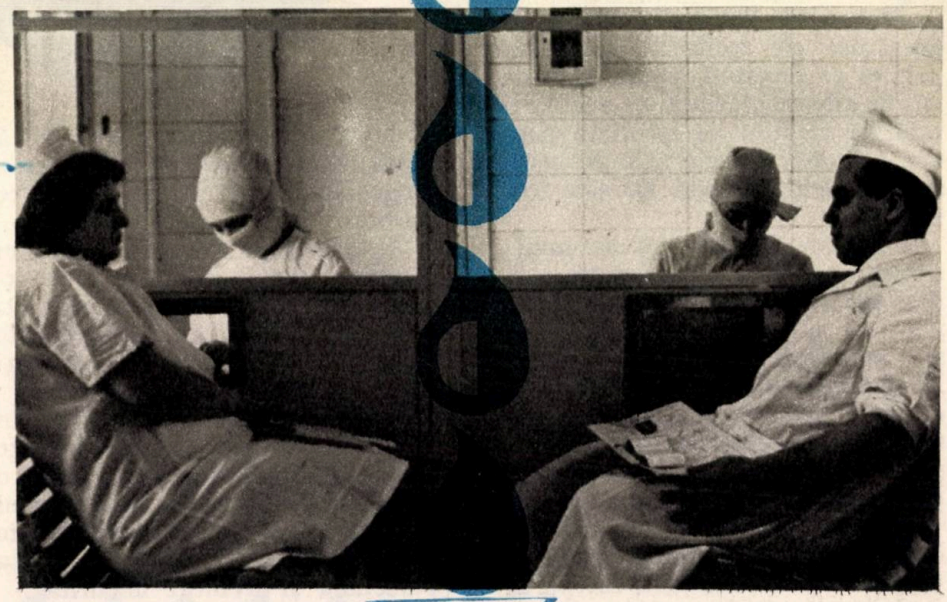
Această problemă s-a studiat din punct de vedere științific și este bine stabilit că poți dona sînge o dată sau de 10 ori la rînd sau cu pauze mari; singurul lucru care te determină să dai sînge este conștiința personală și avîntul umanitar.

— Se „zice" că donarea de sînge, repetată, subțiază sîngele! Ca și cînd ar fi vorba de pus apă în lapte! De ani de zile, toate studiile făcute au dus la concluzia că cei 250 cm^3 de sînge donați se refac, cantitativ, în 30 de minute. Și ca să nu existe nici un fel de îndoială asupra refacerii calitative, care se împlinește în 2—3 săptămîni, repetarea donării nu este admisă mai devreme de o lună și jumătate, adică dublul timpului necesar.

— „Dacă dai sînge te îngrași"! „Donarea de sînge te slăbește"! La fel de greșit și într-un caz și în altul. Sigur că te îngrași dacă mănînci mai mult decît ai nevoie și mănînci mai mult ca de obicei pentru că „ți s-a spus" că „e bine" după donare să faci acest lucru pentru „refacere". Trebuie știut că sîngele donat se reface din alimentarea normală a organismului. Nu-i nevoie de supliment! La fel și cu slăbitul. Nu slăbești pentru că ai dat sînge. Cantitatea donată reprezintă a douăzecea parte din sîngele organismului. E așa de puțin, că un organism sănătos nu simte pierderea, iar repetarea donării este așa de depărtată că nu poate influența asupra sănătății.

De fapt, toți acești „bine informați", și „a toate știutori" uită un lucru foarte important: nu poate fi donator de sînge decît cel ce are un organism perfect sănătos. Înainte de donare se fac toate examenele medicale pentru a se constata acest lucru. Donarea de sînge este și o probă de sănătate. Dacă ai fost admis la donare, poți dormi și mînca liniștit. Ești sănătos tun!

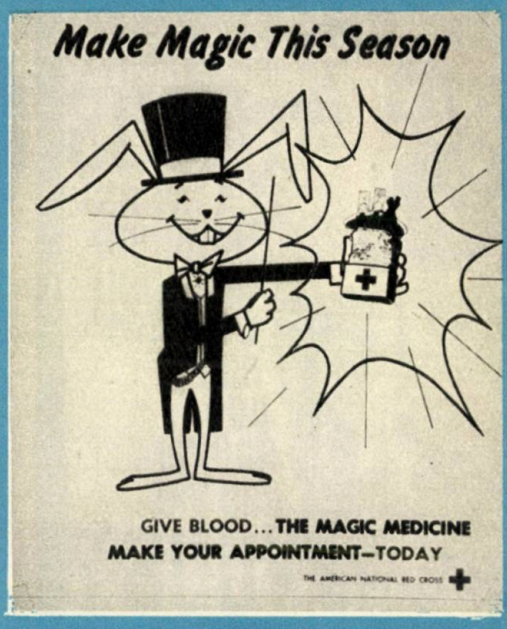
Farm. M. DACU

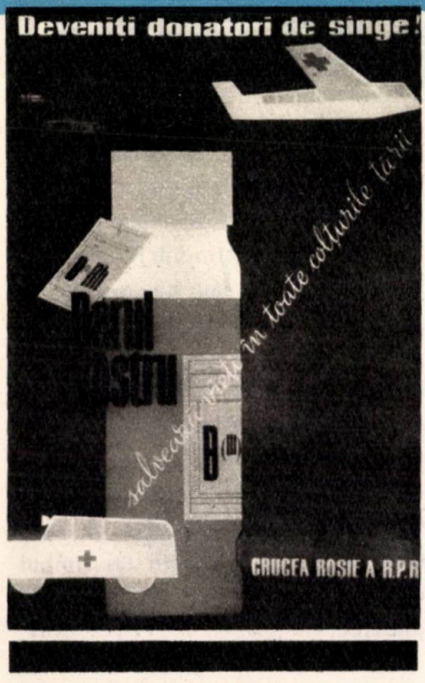


AFIȘUL

de propagandă pentru donarea de sînge, la noi în țară și peste hotare

Apariția afișului se poate localiza în timp cam în a doua jumătate a secolului trecut, apariție izvorîtă din necesitatea stimulării consumului de bunuri sau ca mijloc de reclamă pentru spectacole. Pentru aceste necesități, exponentul principal este, fără îndoială, afișul. Posibilitățile tehnice din ce în ce mai perfecționate au asigurat afișului o evoluție grafică care a mers în pas cu evoluția de concepție, acesta ajungînd cu timpul o ramură de sine-stătătoare a artei plastice.



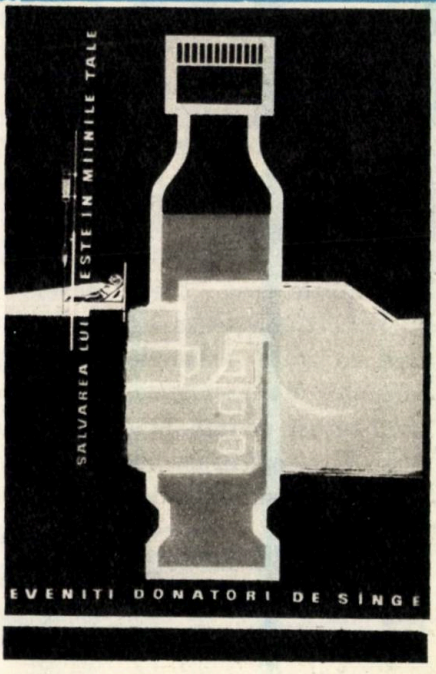


O caracterizare a afișelor apărute în diferite țări înainte de 1940, făcută de Lucien Sevre și Jean Alfosse, socotește afișele sovietice asemănătoare desenelor industriale, în cadrul în care se situează conținutul, cuprinzînd multă poezie, pe cele germane prea cerebrale, fără suplețe, cele englezești arătînd partea plăcută a vieții, cele italiene cu mare strălucire a culorilor și foarte vesele etc. În perioada postbelică, aceste diferențe s-au mai atenuat, concepțiile influențîndu-se, adaptarea la subiect fiind mai accentuată.

Urmărind creșterea numărului donatorilor onorifici de sînge, sta-

tisticile ne-au arătat că cca. 80% din populația rurală și 50% din cea urbană, aptă să dea sînge, nu cunoaște necesitatea și utilizarea acestui sînge, modul cum decurge donarea, avantajele morale și materiale, adică nu au idee de existența problemei. Pentru a înlătura această necunoaștere, față de o problemă importantă a terapeuticii, cu accent pe umanism, pe solidaritate socială, în care factorul psihologic este atît de intens reprezentat, este necesară o acțiune bine susținută din toate punctele de vedere.

Farm. M. DACU



ESTE VINOVAT BOLNAVUL DE

Iată o întrebare la care, pe bună dreptate, nu se poate răspunde stereotip prin da sau nu. Există unele boli cum ar fi, de pildă, apendicita, diverse tumori, unele

stări alergice, afecțiunile congenitale sau chiar unele boli infecțioase, de care, cu toate măsurile personale de prevenire, omul totuși se îmbolnăvește. Firește că în asemenea cazuri, suferindului nu i se pot aduce învinuiri. Sînt însă și alte numeroase îmbolnăviri, ocazionate fie de neglijența celui în cauză, fie de lipsa sa de orientare.

Ce pot fi mai edificatoare, bunăoară, decît cirozele de natură alcoolică? Cu toate că foarte mulți dintre marii consumatori de băuturi alcoolice tari știu că astfel de băuturi, în exces, provoacă printre alte neajunsuri îmbolnăvirea ficatului, există încă destui dintre aceștia care nu se hotărăsc să renunțe la asemenea „plăceri". Edificatoare sînt bineînțeles și numeroasele suferințe provocate de abuzul de fumat. Deși li se oferă nenumărate date informative, bazate pe ample documentații științifice, asupra efectelor dăunătoare ale fumatului și mai ales asupra frecvenței cazurilor de cancer pulmonar la fumători, mulți din aceștia nu vor totuși să renunțe la fumat. Dar cei care consumă ani îndelungați mîncăruri exagerat de bogate în grăsimi animale și, deci, cu un conținut excesiv de colesterol? Oare acești mari amatori de mîncăruri care „înoată în untură" nu știu că o astfel de alimentație pregătește arterelor terenul pentru apariția aterosclerozei, cu tot cortegiul ei de consecințe grave, ca angina de piept, hipertensiunea arterială și implicit acele accidente, deseori cu deznodămînt tragic, cum sînt hemoragiile cerebrale și infarctele de miocard? Nu pot fi trecuți cu vederea nici cei

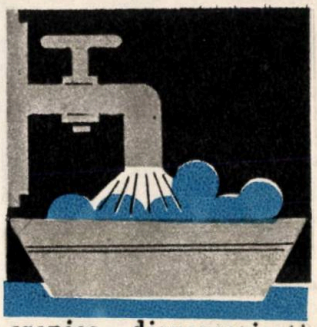
SUFERINȚELE SALE ?

care, deși își dau foarte bine seama de pericolul pe care îl reprezintă pentru sănătatea lor consumul fructelor și legumelor nespălate sau spălate insuficient, nu acordă totuși atenția cuvenită acestei elementare reguli de igienă și se expun, în felul acesta, la diverse boli transmisibile pe cale digestivă, ca dizenteria, febra tifoidă, hepatita epidemică, verminozele intestinale și altele.

Cînd astfel de persoane se îmbolnăvesc, fără îndoială că vinovăția pentru suferințele inerente nu poate fi atribuită decît acestora în exclusivitate. La fel am putea spune și despre toți cei care la tinerețe — uitînd pesemne că aceasta nu e veșnică — își închipuie că-și pot permite irosirea prea multor nopți în chefuri repetate, fără a scăpa de unele consecințe inevitabile de mai tîrziu.

Răspunzători de anumite suferințe sînt și bolnavii care, dîndu-și seama de apariția unor tulburări, neglijează prezentarea la medic la primele semne de îmbolnăvire, la fel ca și cei ce întrerup cu de la sine putere unele tratamente înainte de a se fi vindecat, numai pentru faptul că au intervenit ameliorări în starea lor de boală.

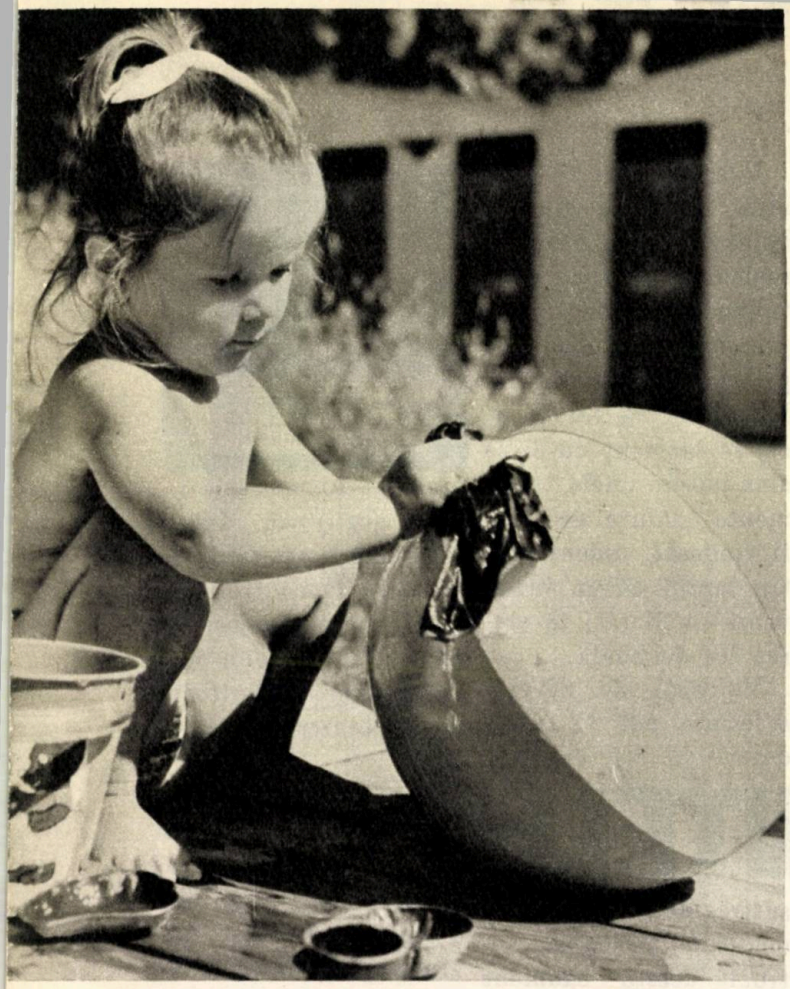
Vinovați de diverse suferințe pot fi considerați și cei care se sustrag de la controalele medicale periodice, întrucît aceste examene oferă de multe ori prilejul de a se descoperi unele boli în faza lor incipientă, deci mai lesne de tratat. În aceeași categorie a „inculpaților" pot fi integrați și unii suferinzi de boli

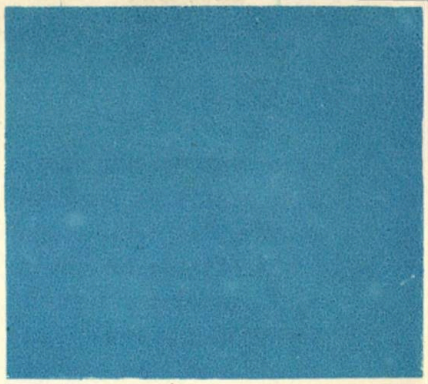


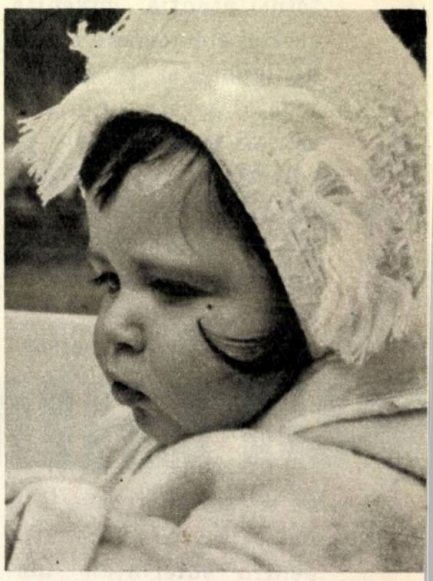
cronice, dispensarizați, care neglijează datele programărilor pentru prezentarea la control medical, cît și oamenii sănătoși care nu dau curs invitațiilor referitoare la efectuarea vaccinărilor.

După un asemenea „rechizitoriu" se impune însă și o concluzie, care, credem, se desprinde destul de firesc din așazisele „piese de acuzare" de mai sus: menținerea sănătății și prelungirea vieții depind, de cele mai multe ori, de fiecare dintre noi.

Dr. I. LEONESCU







COPII

BUCURIA NOASTRĂ

NEVOILE ENER

Oamenii se conving din ce în ce mai mult de importanţa alimentaţiei raţionale, de necesitatea alcătuirii hranei pe baze cît mai ştiinţifice. Noţiunile de calorii, raţie alimentară, nevoi energetice, capătă tot mai mare circulaţie în rîndurile populaţiei. Se manifestă un interes sporit faţă de nocivitatea unor alimente şi se tinde la excluderea acestora din alimentaţie. Începe, în mod conştient, să se prefere meniuri alcătuite raţional, cu o cît mai mare valoare nutritivă, în aşa fel încît să se asigure organismului o cît mai bună funcţionalitate, un material energetic cît mai lesne de utilizat.

Faţă de interesul manifestat pentru problemele de alimentaţie raţională, prezentăm următoarele date:

— Cheltuielile de energie necesare bunei funcţionalităţi a organismului, ca şi valoarea energetică a alimentelor, se exprimă în calorii mari. O calorie mare reprezintă cantitatea de energie necesară pentru creşterea cu 1° a temperaturii unui litru de apă.

— Raţia alimentară a unui om adult care depune o activitate medie, fără eforturi fizice accentuate (funcţionari de birou, medici, ingineri, profesori, vînzători din unităţi comerciale, studenţi, croitori, cizmari, tipografi etc.) trebuie în aşa fel alcătuită, încît să producă un aport de cca. 2 800— 3 500 de calorii în 24 de ore.

— Funcţiile îndeplinite de organism sînt legate de cheltuieli de energie. Materialul energetic este asigurat de energia potenţială existentă în alimente şi care se eliberează în urma metabolizării lor. Cînd aportul energetic asigurat de alimente este inferior necesarului energetic al organismului, acesta este nevoit să-şi satisfacă pe altă cale nevoile energetice, arzîndu-şi rezervele de substanţe grase şi glicogen. În astfel de cazuri, omul slăbeşte şi pot apărea diverse tulburări.

— Cînd munca depusă necesită şi unele eforturi fizice, dar de mai

ETICE ALE ORGANISMULUI

mică intensitate, nevoia calorică sporește la 3 500—4 000 de calorii (mecanici, tractoriști, strungari, frezori, zugravi, textiliști, vopsitori, șoferi de autocamioane etc.).

— Pentru profesiunile care necesită o cheltuială mai mare de energie (dulgheri, instalatori de apă și canal, turnători, treierători etc.) este nevoie de circa 4 500 de calorii.

— 4 500—5 000 de calorii sînt necesare pentru fierari manuali, salahori, mineri care prestează o muncă mecanizată, docheri, muncitori agricoli.

— Pentru muncile care necesită eforturi foarte mari (spărgători și șlefuitori de piatră, săpători, tăietori de lemne, cosași etc.), rația alimentară zilnică trebuie să asigure 5 000—5500 de calorii.

— Pentru femei, în perioada maternității, nevoia calorică este de 3 200—3 500 de calorii.

— Oamenii vîrstnici ieșiți din cîmpul muncii necesită sub 2 800 de calorii, dacă mai depun o activitate ușoară, și doar 1 600—1 800 de calorii dacă duc o viață complet sedentară.

— Aportul caloric pentru copii între 1 și 3 ani este de 1 100—1 200 de calorii; între 3 și 6 ani, de 1 300—1 600 de calorii; între 6 și 9 ani, 2 000 de calorii; între 10—13 ani, 2 000—2 500 de calorii.

Băieții adolescenți au nevoie de 3 200—3 800 de calorii, iar fetele adolescente, de 2 600—2 800 de calorii.

— Rația alimentară va fi astfel alcătuită, încît să cuprindă aproximativ:

— 12% proteine (carne, pește, lapte, brînzeturi, ouă, cereale și făinoase, leguminoase uscate, legume, fructe etc.).

— 25% lipide (unt, slănină, ulei, carne grasă, lapte, brînzeturi, nuci, alune, semințe de floarea soarelui etc.).

— 63% glucide (zahăr, cereale, pîine, legume uscate, cartofi, varză, fructe dulci, marmeladă, dulceață etc.).

— Alcătuirea meniurilor trebuie să fie variată, iar alimentele să fie în așa fel combinate, încît să se asigure menținerea echilibrului acido-bazic al rației. De pildă, la o masă se vor combina alimente cu acțiune acidifiantă (carne, ouă, cereale etc.) cu alimente care au acțiune alcalinizantă (legume, fructe etc.) și nu cu făinoase.

— Pentru a satisface cît mai bine nevoile energetice ale organismului, rația alimentară se va repartiza la 3—4 mese pe zi, astfel ca dimineața să se asigure circa 25% din valoarea calorică a rației zilnice, la gustarea de la orele 10, circa 10%, la prînz, 45%, iar seara restul de 20% din această valoare.

Dr. I. LEONESCU

MEDICAMENTELE GRAVIDA ȘI SARCINA

MEDICINA dispune astăzi de un număr imens de medicamente și cu toate acestea numărul lor crește zi de zi, pentru a corespunde nevoilor moderne de tratament al bolilor, în condițiile cele mai bune, adică cu maximă eficiență, dar cu minimă toxicitate pentru organismul bolnavului.

Înainte de a fi utilizate la om, medicamentele sînt experimentate pe unele animale care se apropie, ca reactivitate, de organismul uman.

Dacă nu sînt dăunătoare pentru acele animale, în dozele întrebuințate, se trece la utilizarea lor la om, — desigur la început sub strictă observație medicală — în clinici și spitale. Dacă și acum se dovedesc lipsite de nocivitate, fiind însă eficiente, medicamentele respective sînt introduse larg în terapeutică.

MEDICAMENTELE — substanțe întrebuințate în scop de a preveni, ameliora sau vindeca o afecțiune — ajunse în corpul omului, suferă nenumărate procese biochimice, bine cunoscute, denumite generic „biotransformări", produse de anumite substanțe numite „enzime".

Produșii rezultați din aceste transformări, din metabolismul medicamentos, sînt eliminați din organism prin căile naturale: rinichi, ficat, intestin etc. Rareori medicamentele introduse în organism sînt excretate sau eliminate nemodificate.

Medicul, cînd prescrie medicamente, se interesează de „echipamentul enzimatic" al bolnavului, de funcțiile renală, hepatică ș.a., pentru a putea aprecia capacitatea de dezintegrare, metabolizare și eliminare din organism a medicamentelor sau produselor rezultate din transformarea lor, eliminare absolut necesară, deoarece altfel prin acumulări s-ar ajunge la o adevărată „intoxicație medicamentoasă".

GRAVIDA, datorită modificărilor produse de sarcină în organismul ei, poate să prezinte unele tulburări în „echipamentul enzimatic" al organismului său, în funcționarea organelor și aparatelor care normal intervin în eliminarea medicamentelor sau produșilor lor din organism. Astfel se explică faptul că unele medicamente pe care gravida le „suporta bine" înainte de sarcină sînt acum „greu suportate", sau devin chiar dăunătoare sănătății ei, provocîndu-i tulburări sau suferințe diferite.

Medicul cînd trebuie să hotărască asupra oportunității administrării de medicamente gravidei are totdeauna în vedere acțiunea medicamentelor asupra organismului matern, care în condițiile deosebite ale sarcinii poate reacționa diferit și poate chiar să reacționeze prin avort. El prescrie numai acele substanțe pe care le consideră că nu vor putea să dăuneze gravidei.

Este de înțeles de ce gravida nu poate să se „trateze" singură, de ce nu trebuie să ia medicamente fără avizul medicului, sfătuită de persoane necompetente sau conducîndu-se după indicațiile pe care le găsește pe prospectul care însoțește medicamentul.

SARCINA începe în momentul în care oul rezultat din fecundarea ovulei de spermatozoid, după migrația prin „trompă", ajunge în uter și se fixează în mucoasa uterină.

În primele 3 luni de viață intrauterină — perioadă cînd începe formarea organelor — ființa umană se numește embrion. După aceea, pînă la naștere, poartă numele de făt.

Între organismul mamei, al embrionului și fătului, se stabilesc legături strînse, prin intermediul placentei, care permite, printre altele, și trecerea medicamentelor de la mamă.

Este de așteptat ca unele medicamente să nu influențeze negativ numai organismul mamei, ci și pe cel al embrionului și al fătului.

Este, de asemenea, posibil ca unele medicamente să nu influențeze organismul gravidei, în timp ce sînt foarte nocive pentru embrion și făt, mult mai sensibili la acțiunea lor.

MEDICAMENTE NOCIVE. Thalidomida, medicament utilizat de unele gravide pentru combaterea greților și vărsăturilor de sarcină, prin numărul mare de copii născuți cu malformații congenitale, a atras acum cîțiva ani din nou atenția medicilor asupra acțiunii nocive pe care pot să o aibă unele medicamente asupra embrionului și fătului, acțiune bănuită încă de mult timp.

De atunci, studiile, cît și cercetările medicale și experimentale s-au înmulțit și au permis să se precizeze că administrarea unor medicamente gravidei în primele 3 luni de sarcină poate provoca malformații ale embrionului. Printre aceste medicamente cu „acțiune teratogenă" menționăm: neurosedativele și calmante ale sistemului nervos, citostaticele (substanțe întrebuințate în tratamentul cancerului și leucemiilor), sulfamidele, antitiroidienele de sinteză (întrebuințate în tratamentul bolnavelor tiroidiene), hormonii corticosuprarenali (cortizon și alții), hormonii sexuali ș.a.

Este, de asemenea, stabilit că unele antibiotice administrate în ultimele luni de sarcină pot să producă accidente grave fătului: penicilina, reacții grave cu moartea fătului în uter; streptomicina, surditate congenitală; tetraciclina, face ca dinții copilului să prezinte o pigmentație particulară și eroziuni. Sulfamidele produc hemoragii la nou-născut; de asemenea, anticoagulantele, relaxantele, antihipertensivele, diureticele administrate gravidei pot produce accidente grave la făt și la nou-născut.

Chiar și unele „medicamente de uz curent", pe care de obicei le întrebuințăm fără avizul medicului, dacă sînt luate de gravidă în doze mari sau timp mai îndelungat, pot avea efecte nocive asupra embrionului și fătului. Astfel este cazul unor medicamente, ca chinina, salicilați, aspirina, laxative și mai ales purgative.

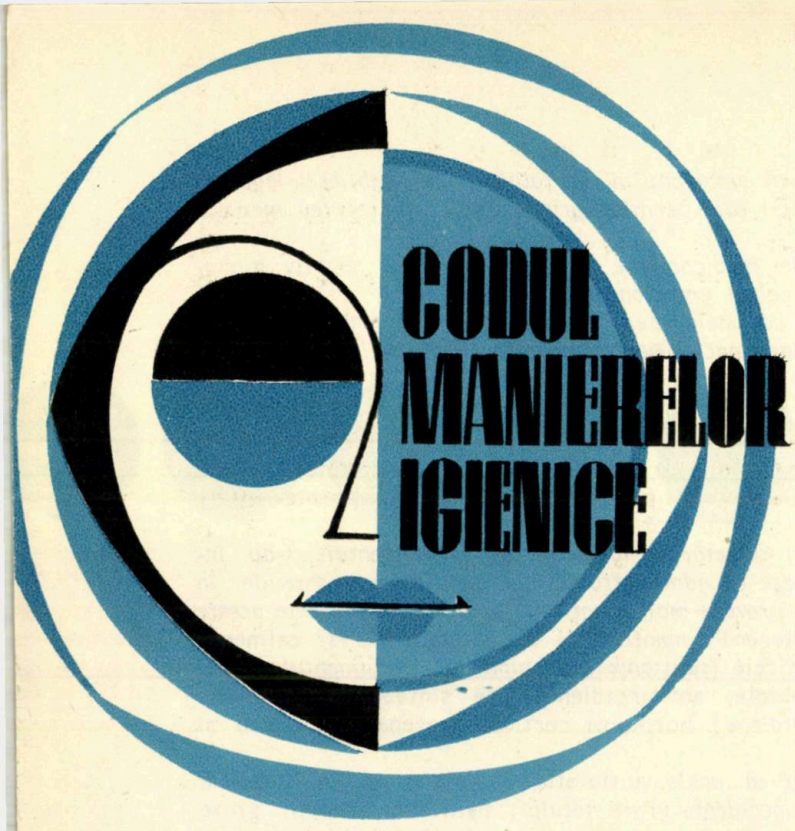
S-a mai precizat că vaccinarea antivariolică a gravidei are urmări grave asupra sarcinii, în timp ce vaccinarea antitetanică și antipoliomielitică sînt lipsite de pericol.

Cu aceasta, lista medicamentelor periculoase pentru sarcină nu s-a sfîrșit! Pe măsură ce apar noi medicamente și se fac noi observații medicale și experimentale, se înregistrează și alte medicamente nocive.

CONCLUZIE. Dacă medicul are totdeauna în vedere cînd prescrie medicația posibilitatea acțiunii nocive a medicamentelor asupra gravidei și sarcinii, cu atît mai mult gravida nu trebuie să ia nici un medicament, nici chiar „de uz curent", fără avizul medicului.

Desigur că în cazul cînd este nevoie să ia medicamente, gravida va lua aceste medicamente: „nihilismul terapeutic" va fi tot atît de periculos prin consecințele lui asupra gravidei și sarcinii, ca și „empirismul terapeutic", tratamentul medicamentos neștiințific și necompetent!

Conf. dr. docent V. PETRESCU-COMAN



Igiena, un cuvînt pe care multă lume îl utilizează în conversaţie, însă, din păcate, cînd este vorba să-l aplice merge mai greu, deşi gradul de civilizaţie se deduce nemijlocit din gradul în care se aplică principiile de igienă.

Iată de pildă blocuri noi, frumoase, care rîd în soare, avînd în jur diferite resturi pe care locatarii în loc să le arunce în crematoriu sau în cutii speciale le depun la întîmplare. Balcoane care în loc de flori conţin tot ce se poate imagina şi pe care flutură, colorînd vesel panorama, toată lenjeria familiei (mai bine să se îmbîcsească de praf rufăria decît să fie utilizată uscătoria igienică din bloc).

Un *splendid parc* întreţinut cu mari cheltuieli pentru a stimula simţul estetic al cetăţenilor profanat de cei care aruncă hîrtii, resturi de mîncare pe unde apucă, deşi există coşuri la îndemînă. Marele stadion, părăsit după meci, este presărat cu resturile „bomboanelor agricole", cum le intitulează umorul popular, fără ca consumatorii să se gîndească prin ce mîini au trecut seminţele pe care le ronţăie. Bulevarde largi pe care vîntul se joacă cu biletele de tramvai şi troleibuz.

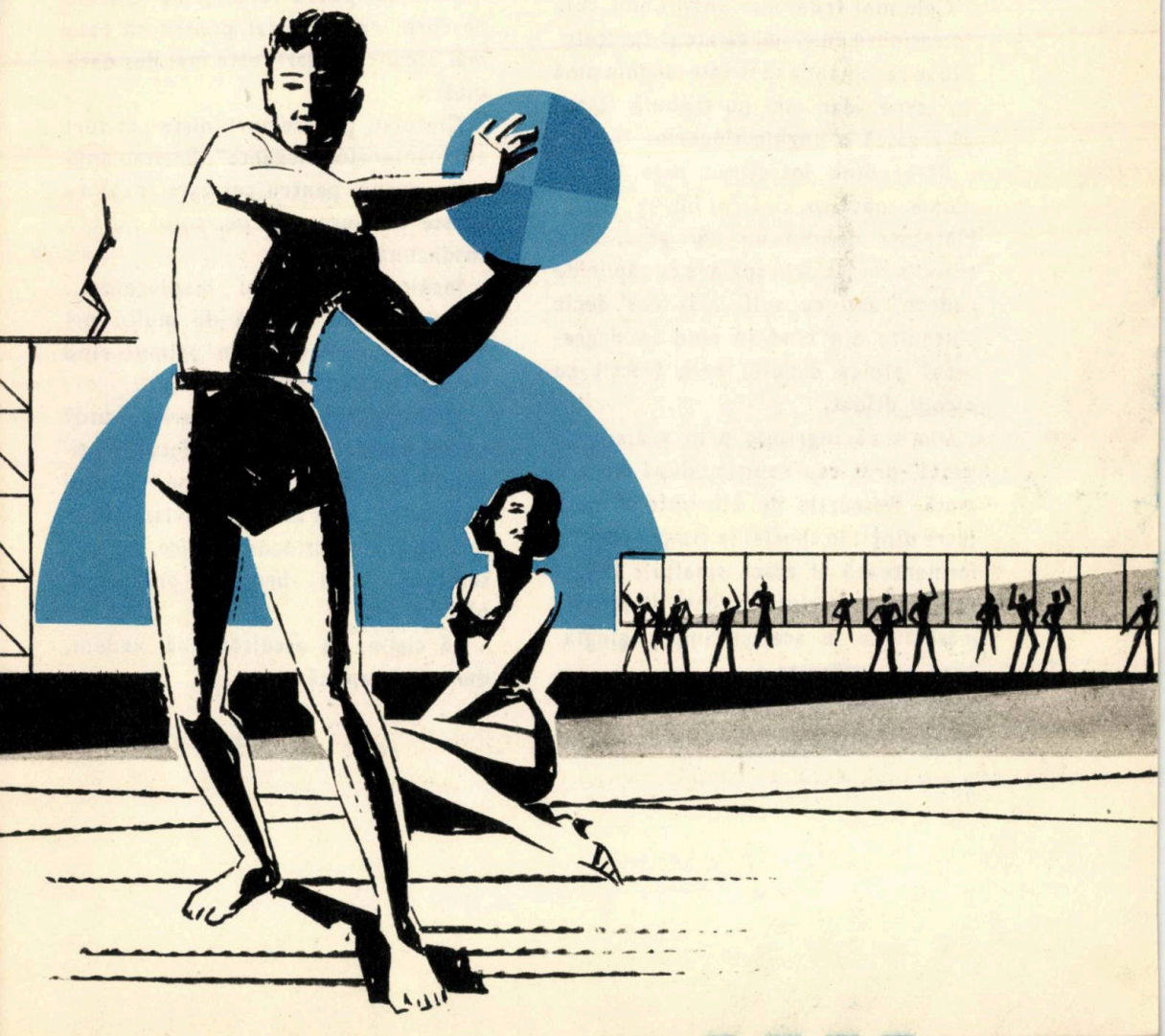
Care este situaţia cu *locuinţa particulară*? Şi aici se mai constată unele neglijenţe: prezenţa în băi sau pe balcoane a găinilor, gîştelor şi altor animale comestibile sau necomestibile, ca de exemplu cîini sau pisici în număr mare, care nu respectă nici timpul de odihnă al locatarilor, nici curăţenia scărilor. Să nu mai vorbim

de inundațiile provocate prin neglijență și care produc mari stricăciuni.

La ștrand putem să facem un studiu foarte interesant: să numărăm cîți dintre cetățeni trec sub duș înainte de a intra în bazin. Tot praful de pe picioare și nisipul de pe corp îl duc în apă. Aici mai intervine și o serioasă problemă de conștiință: cei care prezintă erupții pe corp, furuncule, răni purulente să se adreseze medicului și să nu se ducă la băi publice decît după vindecare.

Igiena personală este de asemenea un capitol care merită să fie discutat. Fiecare știe că este necesar să-și spele mîinile înainte de mîncare, dar de foarte multe ori se neglijează acest amănunt. Și pe unde nu „umblă" mîna în decursul unei zile? Pe clanța ușii pe care au mai pus mîna zeci de oameni, pe bani care au trecut pe zeci de mîini, pe mînerele de troleibuz etc. Aceeași mînă este dusă la ochi, la gură sau în nas.

Pielea, chiar dacă este complet acoperită cu îmbrăcăminte, se murdărește prin praful din atmosferă. Transpirația fixează particulele de murdărie, oprind normala funcțiune a pielii, aceea de protector contra infecțiilor. Dar se știe că pielea curată și bine întreținută apără mai bine organismul de pătrunderea microbilor. Transpi-



rația normală, chiar vara cînd este abundentă, dacă se îndepărtează de pe corp prin spălare, nu miroase. Cînd însă stagnează pe piele, se descompune și emană un miros specific, deosebit de neplăcut. Nu este nimic mai neatrăgător decît o tînără elegantă care cînd ridică brațul în troleibuz asfixiază pe cei din jur. Se pot folosi preparate ca Odorono, Desodor, sau chiar banalul bicarbonat care anihilează mirosul de transpirație, neînlocuind totuși spălatul. Contra transpirației picioarelor se utilizează, după o baie caldă, soluții pe bază de formol existente în toate farmaciile.

Cele mai frumoase *unghii* sînt cele întreținute cu grijă, tăiate și curățate. Nu se recomandă să se taie unghia pînă în carne, dar nici nu trebuie lăsată să crească o unghie sîngerie.

Părul bine întreținut este lucios, moale, mătăsos, cu firul întreg, suplu. Mătreața denotă un păr gras, care trebuie tratat prin spălare cu săpun de gudron, sau cu sulf, mai des decît obișnuit; din cînd în cînd se degresează pielea capului prin frecții cu alcool diluat.

Dinții se îngrijesc prin spălare cu pastă, praf sau soluție, după fiecare masă. Resturile de alimente rămase între dinți, în special în timpul nopții, fermentează și atacă smaltul. Dinții se freacă cu periuța în toate direcțiile, masîndu-se în același timp și gingia, care se întărește.

Să trecem la *îmbrăcăminte*, care se alege în funcție de sezon: vara, ușoară, răcoroasă; iarna, moale, călduroasă. De multe ori se face concesie normelor de igienă, în favoarea eleganței. Dar îmbrăcămintea nu trebuie să stînjenească mișcarea, iar aservirea față de modă să nu depășească limitele.

Amintim și *încălțămintea* cu vîrful exagerat de ascuțit, care deformează foarte mult piciorul, provocînd acel „halux valg", o deformare a degetului mare, care după un timp nu poate reveni la locul său normal decît prin operație. Tocurile înalte se recomandă dacă nu depășesc 4—6 cm. Dacă depășesc aceste limite fac mersul nesigur și obosesc piciorul.

S-ar mai putea vorbi și de *lenjeria de corp*, care tocmai pentru că este mai ascunsă vederii este mai des dată uitării.

Circulau pe vremuri niște „coduri ale manierelor elegante". Existau anumite riscuri pentru cei care încălcau aceste maniere, dar pericolul nu era totdeauna imediat.

Încălcarea „codului manierelor... igienice" este urmată de multe ori de sancțiuni severe, în primul rînd *pierderea sănătății*.

Unde găsim un asemenea cod? La tot pasul: emisiunile „Sfatul medicului" la radio și televiziune, „Colțul medicului", din ziare și reviste, conferințe și simpozioane publice, cursuri sanitare, cărți, broșuri, prospecte, pliante etc.

Să citim, să ascultăm, să vedem, dar să și aplicăm.

Dr. EDIT PETRUȚ

		A. 300 000 pe mm³ ? B. 10 000 pe mm³ ? C. 3 000 000 pe mm³ ?
1	Plachetele, aceste mici corpuscule, care intră în compoziția sîngelui, sînt în număr de:	A. 120 de zile? B. 30 de zile? C. 360 de zile?
2	Globulele roșii, care au, ca orice celulă din organism, o anumită durată de viață, trăiesc în medie:	A. coagulare? B. antitoxică? C. fagocitoză?
3	Globulele albe (leucocitele) din sînge au o acțiune de:	A. schimburi nutritive? B. sinteze organice? C. respirație?
4	Globulele roșii acționează în sînge pentru:	A. ficat? B. măduvă? C. sînge?
5	Globulele roșii, ca orice țesut viu, avînd o viață limitată, se reîmprospătează cu celule tinere, produse în:	A. milimetri? B. milimicroni? C. microni?
6	Globulele roșii sînt foarte mici, cu ochiul liber nu se pot vedea, ele măsurîndu-se în:	A. 55%? B. 25%? C. 80%?
7	Partea lichidă a sîngelui, plasma, se găsește într-o anumită proporție față de volumul total. Care este această proporție:	A. în fir subțire? B. picătură cu picătură? C. flux rapid?
8	Transfuzia de sînge se face cu o anumită viteză, bine stabilită, pentru a fi cît mai ușor suportată de bolnav. Această viteză corespunde unei treceri:	A. anemie? B. infecție? C. temperatură?
9	Viteza de sedimentare este o probă care se face pentru stabilirea unui diagnostic cît mai precis. O viteză de sedimentare crescută față de limitele normale arată:	A. uscarea pe baie de apă? B. fierbere? C. liofilizare (uscare în vid la temperatură scăzută)?
10	Plasma uscată este un produs care se face din sînge. Care este metoda de fabricare utilizată:	A. 5—6 litri sînge? B. 10—11 litri de sînge? C. 2—3 litri de sînge?
11	În corpul unui adult dezvoltat normal se găsesc:	A. să nu mănînci? B. să mănînci ușor? C. să mănînci normal?
12	În ziua donării de sînge se recomandă:	A. ½ oră? B. o zi? C. o săptămînă?
13	Sîngele donat (250 ml) se reface cantitativ în:	A. să dai mereu? B. să nu mai dai deloc? C. să dai cînd vrei?
14	Dacă dai odată sînge trebuie după aceea:	

CARE ESTE RĂSPUNSUL POTRIVIT?

Farm. M. DACU

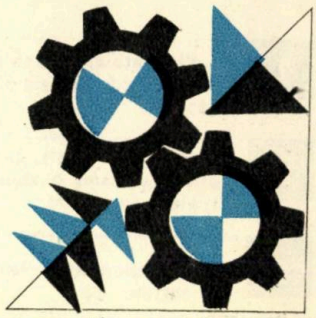
Răspunsul la pag. 138

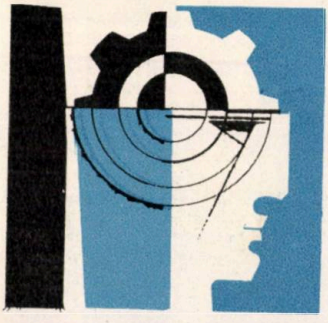
CU SĂNĂTATEA

nu este bine să glumim!

Menajarea diferitelor funcţii ale organismului constituie o necesitate vitală atît pentru asigurarea sănătăţii şi prelungirii vieţii, cît şi pentru crearea posibilităţilor de satisfacere a solicitărilor impuse de ritmul deosebit de intens al vieţii moderne. De aceea, fiecare trebuie să-şi organizeze în aşa fel modul de a trăi, încît să-şi pună organismul cît mai la adăpost de agresiunile ce îl pîndesc. Abaterile repetate de la normele generale de viaţă nu rămîn fără urmări, ci sînt mai totdeauna înregistrate, ca să zicem aşa, de un oarecare „contor" — ce-i drept, invizibil, şi nepalpabil, dar extrem de conştiincios — care are cuvînt hotărîtor în determinarea sănătăţii şi a numărului anilor de viaţă.

Important de reţinut este şi faptul că abuzurile, de orice fel, nu pot fi totdeauna compensate prin menajamente sau restricţii ulterioare. Nopţile pierdute, bunăoară, cînd se repetă des, prin faptul că suprasolicită sistemul nervos central, au drept consecinţă o serie de dereglări neurohormonale, care contribuie la instalarea a diverse tulburări în activitatea aparatului cardiovascular şi a altor aparate şi sisteme. A considera că nopţile petrecute pînă în zori, în chefuri sau jocuri de noroc pe bani, pot fi compensate de fiecare dată — oricît de des s-ar repeta — printr-un surplus de ore de somn în zilele următoare, este un raţionament greşit. Somnul de a doua zi sau din nopţile următoare nu recuperează decît aparent şi numai în parte din potenţialul energiei nervoase consumat în noaptea pierdută. Restul rămîne înregistrat ca deficit în intimitatea structurală a organismului.





Cam tot aşa se întîmplă şi cu eforturile depuse pentru efectuarea muncii în asalt, care presupune încordări fizice sau intelectuale peste posibilităţile energetice obişnuite ale organismului. Suprasolicitarea sistemului nervos are, nu de puţine ori şi în astfel de cazuri, consecinţe negative asupra sănătăţii. Cei care îşi fac un sistem din practicarea muncii în asalt, chiar cînd îşi oferă după aceea cîteva zile de relaxare şi odihnă, nu pot

înlătura integral urmările supraeforturilor depuse în condițiile unei astfel de munci. Suprasolicitările, de orice natură, lasă deseori amprente în intimitatea structurală și funcțională a organismului, capabile să devină oricînd surse care să contribuie la diverse dereglări funcționale, la scăderea rezistenței față de îmbolnăviri.

O altă problemă importantă, căreia trebuie să i se acorde atenția cuvenită în cadrul organizării modului de viață este și folosirea rațională a concediului de odihnă. Acest concediu își are rolul lui bine determinat în acțiunea de reconfortare a organismului. Irosirea concediului de odihnă, fie prin inactivitate totală, în credința că numai așa se refac forțele organismului, fie prin îndeplinirea unor munci istovitoare în gospodărie, pe motiv că în altă perioadă a anului nu se dispune de timp suficient pentru un asemenea scop, duce deopotrivă la prejudicierea bunei funcționări a sistemului nervos, la scăderea ulterioară a capacității de muncă, la șubrezirea sănătății. Concediul de odihnă trebuie folosit rațional, împletind armonios orele de odihnă cu plimbări, excursii, distracții, jocuri sportive și, cînd este posibil, deplasarea pentru 10—15 zile în altă localitate.

Pentru asigurarea unei sănătăți cît mai depline, o atenție deosebită trebuie acordată și alimentației, care este bine să fie variată și consistentă, fără mese supraîncărcate, moderată în grăsimi animale și fără abuzuri de condimente iritante. Perioadele de excese alimentare, urmate de posturi sau alte restricții de acest gen, nu sînt de natură să satisfacă necesitățile metabolice ale organismului.

Să insistăm și asupra consecințelor nefaste ale abuzului de băuturi alcoolice sau ale fumatului? Se cunosc îndeajuns urmările acestor factori nocivi, așa încît este de presupus că fiecare știe ce are de făcut în aceste privințe.

Cele menționate în rîndurile de față sînt doar cîteva aspecte ale obligațiilor ce le avem pentru menținerea sănătății. Destul de concludente însă spre a demonstra, încă o dată în plus, că „cu sănătatea nu este bine să glumim".

Dr. I. LEONESCU

UTIL DE ȘTIUT

● *Săpunul nu trebuie frecat direct pe păr, deoarece se fixează pe fire; în acest caz, îndepărtarea lui este aproape imposibilă chiar dacă se clătește în mai multe ape, iar urmele de săpun atacă firul de păr și-l fac să cadă.*

● *Folosirea la spălatul părului a sodei, detergenților sau săpunului leșios decolorează și distruge părul.*

● *Părul uscat trebuie spălat mai rar decît părul gras, deoarece spălatul îndepărtează grăsimea naturală și așa insuficientă în acest caz.*

● *Cea mai indicată pentru spălarea părului este apa de ploaie. Apa obișnuită poate fi înmuiată adăugîndu-i o linguriță de bicarbonat de sodiu sau de borax.*

● *Periatul părului este o operație necesară pentru toate tipurile de păr, deoarece, pe de o parte, curăță murdăria și praful depus, iar pe de altă parte, întinde grăsimea secretată de glandele sebacee pe toată suprafața firelor.*

● *Zilnic se va masa rădăcina părului pornind de la ceafă spre frunte, apoi de la tîmple spre vîrful capului.*

● *Părul anemiat și sensibil din cauza vopselelor, a perhidrolului, va fi tratat în mod special cu loțiuni tonice, înviorătoare, conținînd vitamine, hormoni, colesterol, tinctură china etc.*

● *Părul moale și subțire poate fi făcut mai aspru dacă înainte de aplicarea bigudiurilor îl vom uda cu bere sau cu suc de lămîie.*

Farm. L. COSMOVICI

„VÎRSTA CRITICĂ"

Pe la bîlciurile de altădată se vindeau niște litografii numite „Scara vieții" pe care erau zugrăvite în mod sugestiv perioadele succesive ale vieții omului. În stînga treptele scării urcă. Iată-l copil la sînul mamei, apoi școlar, căsătorit, tată de familie, om ajuns la 50 de ani, la jumătatea vieții, în deplinătatea puterilor și cu conștiința datoriei împlinite. Mai departe, treptele încep să coboare treptat.

Oricît de simplistă ar fi comparația vieții omului cu o scară, ea reprezintă totuși o realitate: omul o urcă și apoi o coboară. După exuberanța primăverii scurte, după căldura înăbușitoare a verii vine toamna, cu zilele liniștite, cu natura plină de rod.

Grecii antici, care au rămas neîntrecuți în meșteșugul de a crea mituri și simboluri, au numit toamna vieții *climactir*, ceea ce înseamnă „treaptă a scării".

Climacteriu la femeie cunoscut sub denumirea de *menopauză* și climacteriu la bărbat numit și *andropauză* constituie o epocă de tranziție de la starea de adult la cea de bătrînețe. Această perioadă trebuie privită, atît la femeie, cît și la bărbat, ca un complex de manifestări generale care se datoresc începutului involuției glandelor sexuale.

Se face deseori comparație între climacteriu la femeie și la bărbat. Înainte de toate trebuie făcută constatarea că în vreme ce climacteriu la femeie este studiat și bine cunoscut, climacteriu la bărbat este puțin cunoscut și mai puțin studiat. Ceva mai mult: timp îndelungat, existența climacteriului la bărbat a fost pusă la îndoială și chiar negată. Există și o explicație a acestei situații: deși este vorba de același fenomen fiziologic, el evoluează diferit la fiecare sex. În vreme ce la femeie manifestările me-

nopauzei sînt foarte nete, marcate precis de încetarea definitivă a ciclului menstrual, la bărbat lucrurile se petrec altfel şi nu există nici un semn care să arate încetarea activităţii glandelor sexuale.

Dacă în linii generale femeia de la 50 de ani intră definitiv în menopauză, la bărbat andropauza abia începe pe la 50—60 de ani. De la această vîrstă, activitatea sexuală începe să scadă treptat, însă capacitatea de fecundare poate fi conservată pînă la o vîrstă înaintată. Cercetările au demonstrat că şi la vîrsta de 70—90 de ani spermatozoizii pot fi perfect viabili, iar cazurile de copii concepuţi de taţi în vîrstă înaintată confirmă aceste date.

Între climacteriu la femeie şi bărbat există încă o diferenţă: la femeie ovarele şi după ele şi celelalte organe sexuale se atrofiază, pe cînd la bărbat testiculul nu scade în volum şi greutate.

Adevărat este că la bărbat climacteriu evoluează altfel decît la femeie. El este mai lent şi nu prezintă tulburări evidente. Un mare fiziolog francez a spus: „Amurgul la bărbat durează mai mult decît la femeie".

Unul din factorii principali ai procesului de îmbătrînire în climacteriu este diminuarea şi apoi dispariţia funcţiei sexuale a organismului. Dar ar fi o greşeală mare să credem că în climacteriu totul depinde numai de glandele sexuale. Climacteriu la ambele sexe reprezintă o stare fiziologică a organismului în cadrul căreia se desfăşoară o importantă restructurare a tuturor funcţiilor organice. În cursul dezvoltării climacteriului apar modificări complicate în mai multe sisteme ale organismului şi mai ales în funcţionarea glandelor endocrine. Manifestările climacteriului sînt rezultatul tulburării echilibrului endocrin.

LA BĂRBAT

Evoluţia climacteriului depinde de doi factori: a) intensitatea fenomenelor produse de noua stare fiziologică, şi b) capacitatea de adaptare a organismului la noile condiţii de funcţionare, cînd se creează raporturi şi condiţii fiziologice noi care pot genera fenomene patologice.

Fenomenele supărătoare diferă după individ şi se întîlnesc numai la 10—20% din bărbaţi. Ele pot să apară de la 45—60 de ani, însă sînt şi cazuri mai rare de climacteriu patologic la 30 de ani şi chiar şi mai de timpuriu.

În climacteriu patologic pot apărea două feluri de tulburări. Unele sînt legate de activita-

tea sistemului cardiovascular: palpitații și dureri în dreptul inimii (însă fără leziuni cardiace), senzația de greutate în piept, de lipsă aerului independent de eforturi fizice, oboseală fizică și intelectuală, cu slăbirea memoriei, dureri abdominale neprecise fără să fie vreun organ bolnav, extremitățile reci, amețeli, stare de nemulțumire continuă. De multe ori se observă și hipertensiune arterială. Alte tulburări apar din partea aparatului urogenital: scăderea tonusului vezical se traduce prin micțiuni frecvente, întreruperea și scăderea jetului urinii și deseori o senzație neplăcută, nedefinită în partea inferioară a abdomenului. Ca rezultat al dezechilibrului hormonal, adesea apare în această epocă hipertrofia de prostată.

În climacteriu se manifestă și tendința pronunțată de obezitate, cînd grăsimea se depune la început pe torace și abdomen și mai tîrziu în restul corpului. În cazuri de climacteriu patologic cînd funcția glandelor sexuale încetează în proporție de 90% la bărbați înainte de vreme, apare ateroscleroza cu 10 ani mai devreme decît la femeie.

Preocupați de ideea că au îmbătrînit și deseori obsedați de limitarea virilității lor, unii bătrîni își schimbă firea, devin capricioși, supărăcioși, bănuitori. Uneori pot apărea adevărate nevroze care necesită tratamente de specialitate.

Cercetările făcute la Institutul de endocrinologie din București au dus la concluzia că oamenii nervoși, cu sistemul nervos dezechilibrat au un climacteriu precoce, patologic, iar cei veseli, optimiști au unul tardiv, fiziologic, normal.

În cursul andropauzei patologice este nevoie să se urmeze un tratament numai sub îndrumarea medicului. În nici un caz, cel interesat nu trebuie să se trateze singur și să recurgă la diferite mijloace de stimulare excesivă a sistemului endocrin și nervos. Este bine să se știe că încercarea diferitelor tratamente de „întinerire“ pot avea un rezultat terapeutic invers celui așteptat.

Prevenirea tulburărilor andropauzei se face mai ușor. Omul trebuie să înțeleagă că andropauza este un fenomen fiziologic normal care face parte din evoluția omului. Regimul rațional de viață în toate perioadele ei este cheia sănătății și garanția unei bătrînețe luminoase. Omul trebuie să învețe încă înainte de a se apropia de andropauză să-și organizeze cu mare chibzuință activitatea zilnică în așa fel ca sistemul său nervos să fie ferit de surmenaj. Aerul curat, somnul regulat și suficient, cultura fizică și sportul, călirea organismului, alimentația normală, regimul just de muncă și repaus, munca intelectuală alternată cu cea fizică și mișcare, atmosfera de înțelegere cu familia și cu cei din jur, viața psihică normală, optimismul, atitudinea combativă în fața greutăților, bunătatea, dragostea de frumos și de viață, iată principalii factori profilactici care întrețin sănătatea și prelungind tinerețea pînă la adînci bătrînețe, ajută ca andropauza să rămînă în limitele ei normale, fiziologice.

Dr. I. BORDEIANU

DE CE TREBUIE EVITATE ENERVĂRILE ?

Este îndeajuns de dovedit că stările de liniște și de voie bună influențează pozitiv scoarța cerebrală, contribuind astfel la menținerea echilibrului nervos și hormonal, cît și la desfășurarea armonioasă a altor procese biologice. Dimpotrivă, stările de tensiune nervoasă tulbură echilibrul fiziologic al multor funcții vitale și impun organismului suprasolicitări, care, deși la început par să nu aibă repercusiuni asupra sănătății, nu vor rămîne fără consecințe după un timp oarecare.

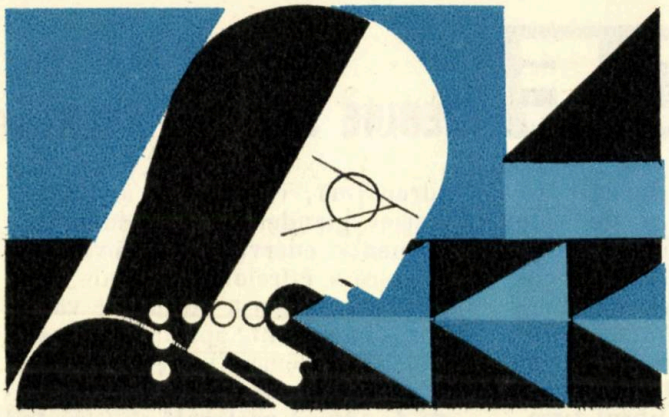
Datorită enervărilor, calibrul vaselor sanguine suferă modificări bruște, silind mușchiul inimii să consume un surplus de energie din rezerva posibilităților sale de contractare, spre a face față acestor situații. Ca urmare a enervărilor, intervin perturbări și în activitatea unor glande cu secreție internă sau externă.

Consecințele unor asemenea stări de încordare nervoasă se reflectă nu numai asupra aparatului cardiovascular și a sistemului neurohormonal, favorizînd apariția bolii hipertensive, a anginei de piept, a hipertiroidismului, ci și asupra aparatului digestiv, contribuind la instalarea bolii ulceroase sau a unor boli de nutriție. Este de la sine înțeles, deci, că prevenirea multor îmbolnăviri are la bază evitarea enervărilor.

Cu atît mai mult, enervările trebuie evitate de bolnavii de diverse afecțiuni cronice. La cei care suferă de hipertensiune arterială, bunăoară, supraîncărcarea sîngelui cu adrenalină, ca urmare a hipersecreției glandelor suprarenale sub influența enervărilor, provoacă o creștere a cifrelor tensionale, ceea ce poate declanșa accidente vasculare, cum sînt spasmele vaselor creierului, congestiile și hemoragiile cerebrale. De asemenea, suferinzii de angină pectorală sînt oricînd amenințați, sub influența enervărilor, să facă accese violente de coronarită și chiar infarct miocardic. Sub acțiunea enervărilor, boala ulceroasă, în perioadele de liniște, prezintă pericolul reacutizării; tuberculoza pulmonară poate fi întîrziată în evoluția ei spre vindecare, oricît de bine ar fi tratată; suferinzii de hipertiroidism își agravează starea de boală

S-ar părea că totuși nu este chiar atît de simplu ca în orice împrejurare să se poată evita enervările. Dacă însă ne-am strădui să nu „punem la inimă" nici unul din eventualele necazuri ce inerent se pot ivi în viața fiecăruia și ne-am gîndi că enervările nu pot constitui în nici un caz soluții practice, ci numai factori care prejudiciază sănătatea, am ajunge, desigur, la înțeleapta concluzie că nu trebuie precupețit nici un efort spre a ne impune voința, în scopul evitării oricăror manifestări ce provoacă enervări. Păstrarea calmului în orice situații duce de multe ori nu numai la rezolvarea echitabilă a unor probleme, dar și la asigurarea condițiilor pentru menținerea sănătății și a prelungirii vieții.

Dr. I. LEONESCU



CANCERUL LARINGELUI

În afara tumorilor cu aspect benign, ca polipi, noduli, polipoame etc., laringele poate fi sediul tumorilor maligne, adică al cancerului.

Cancerul laringelui este o boală care trebuie cunoscută mai îndeaproape, pentru că este relativ frecventă, iar depistarea ei precoce favorizează eficacitatea tratamentului. Este bine să ştim deci de la început că tumorile maligne ale laringelui sînt mai uşor de îngrijit şi de operat în faza iniţială, deoarece ele evoluează foarte încet şi diagnosticate la început pot fi operate cu rezultate foarte bune.

Deşi nu se ştie originea cancerului, totuşi cancerul laringian este favorizat de unele cauze zise predispozante, care irită laringele, ca de exemplu alcoolul, tutunul, oboseala repetată a laringelui prin vorbit sau cîntat etc.

Cum începe cancerul laringian? Perioada de început a cancerului este foarte uşoară şi poate trece aproape neobservată. Bolnavul respiră normal şi nu are dureri, singurul semn care atrage atenţia bolnavului şi celor din jur fiind uşoara schimbare a vocii, adică răguşeala.

Perioada a doua se caracterizează prin extinderea tumorii care îngustează canalul respirator al laringelui, aerul trecînd mai greu, bolnavul înăbuşindu-se mai ales noaptea. De asemenea, cu timpul, înghiţitul mîncării şi chiar al apei şi salivei devine mai greu şi apare durerea.

Perioada a treia, în care cancerul laringian creşte şi mai mult, se caracterizează prin invazia cartilajelor laringelui, care

devine tare ca o bucată de lemn, iar la exterior apare mai voluminos. Ganglionii sau ghindurile gîtului se măresc şi iau aspectul unor frînghii cu noduri întinse pe sub pielea gîtului. Bolnavul respiră cu multă greutate, nu se mai poate hrăni şi slăbeşte.

Tratamentul este chirurgical sau cu raze X, fie separat, fie combinat, după caz. Cu cît bolnavul se va duce mai curînd la medic, cu atît şansele de vindecare sînt mai mari, operaţia fiind mai simplă şi supravieţuirea mai lungă. La început, operaţia poate fi economicoasă, adică tumoarea se poate scoate, cruţîndu-se ţesuturile înconjurătoare care nu sînt încă invadate de tumoare, deoarece cartilajul în care este închis nu-l lasă să se extindă la organele vecine. Aceste operaţii conservatoare sînt de preferat, pentru că bolnavul îşi păstrează vocea şi respiraţia pe cale naturală. Mai tîrziu, cînd tumoarea a străbătut bariera pe care a opus-o cartilajul, operaţia devine mult mai grea, chirurgul neputînd să fie sigur, oricît de mult ar tăia din ţesuturi, că a scos toate prelungirile tumorii şi care se poate reface destul de repede uneori, fie în acelaşi loc, fie mai departe (metastaze). Este de la sine înţeles, că după o asemenea operaţie, în care se scoate laringele în întregime, bolnavul nu va mai putea respira pe nas sau pe gură, ci cu ajutorul unui tub de metal, numit canulă traheală, care se fixează în partea de jos a gîtului. În felul acesta, aerul care intră în plămîni, nu va mai fi încălzit şi curăţat de microbi sau praf şi va intra direct în plămîni, expunînd bolnavul la o serie întreagă de neplăceri sau boli. De asemenea, prin lipsa laringelui, organul care produce vocea, bolnavul nu mai poate vorbi. Este drept că unii bolnavi reuşesc, după multe stăruinţi şi exerciţii, să se facă înţeleşi, prin mijlocirea sunetelor produse cu ajutorul buzelor, faringelui şi esofagului.

Dr. M. GEORGESCU

MAGAZIN MEDICAL...

O VIZITĂ MEDICALĂ LA SPITALUL HÔTEL-DIEU DIN LYON, ÎN ANUL 1535

În anul 1535, Spitalul din Lyon avea un singur salon imens cu peste 100 de paturi, despărţit în două printr-un grilaj, pentru a separa secţia de bărbaţi de cea de femei. Peste două sute de bolnavi, cîte 2—3 într-un pat, erau îngrijiţi de un singur medic, un chirurg-bărbier (care punea ventuze şi făcea sîngerări), cîţiva felceri şi vreo douăzeci de surori, tinere fete orfane care se dedicau acestei profesiuni.

Medicul nu era altul decît faimosul creator al lui *Gargantua*, scriitorul François Rabelais. El vedea bolnavii de două ori pe zi. Vizita medicală comporta un ceremonial deosebit, caracteristic vremii. Cortegiul era deschis de rectori, urmaţi de preoţi, apoi de econom. Abia după aceştia venea medicul — Rabelais — avînd pe cap boneta în patru colţuri şi fiind îmbrăcat în robă, urmat de chirurgul-bărbier şi de farmacist.

Rabelais fixa medicaţia şi controla aplicarea prescripţiilor anterioare. Terapeutica sa se baza îndeosebi pe fierturi de plante; se pare că el a aplicat pentru prima dată anghinaria în bolile de ficat. Rabelais avea multă încredere în măsurile igieno-dietetice — regim vegetarian, mişcare, purgaţie — şi, în general, în sprijinirea tendinţei naturale spre vindecare a organismului. El nu uita ca în convalescenţă să recomande şi o cură cu vinurile uşoare de regiune...

ASTMUL BRONSIC

Despre alergie, gurile rele colportează multe snoave. Se zice bunăoară că termenul de „alergie" ar proveni de la faptul că... alergi de la un medic la altul fără să te poţi face bine! Un autor anglo-saxon afirma că „alergologul trebuie să posede calităţile de detectiv ale lui Sherlock Holmes, răbdarea lui Diogene, inventivitatea lui Edison şi... optimismul... unui idiot!!

Realitatea este că diagnosticul complet şi tratamentul acestor boli sînt departe de a constitui o plăcere şi un succes sigur, dar nu este mai puţin adevărat că o calificare adecvată şi multă răbdare din partea medicului, ca şi o mare perseverenţă din partea bolnavului, pot duce la rezultate neaşteptat de bune în numeroase cazuri. Cum astmul bronşic este o boală destul de răspîndită şi grevată de o îndelungată incapacitate de muncă şi în majoritatea cazurilor se dezvoltă pe o bază alergică ni se pare foarte utilă în acest sens precizarea cîtorva noţiuni de interes general.

Una dintre cele mai importante modalităţi de apărare a animalelor împotriva unor produşi microbieni sau compuşi nocivi cu care pot veni în contact este reprezentată de mecanismele imunologice. Pătrunderea în ţesuturi a unei astfel de substanţe „străine", denumită „antigen", pe care organismul nu o identifică propriei sale constituţii, determină — reacţional — o sinteză sau o modificare *strict specifică* a gamaglobulinelor sanguine, proteine cu moleculă mare; în urma acestei acţiuni se imprimă în structura lor „amprenta" antigenului, transformîndu-le în adevărate „mulaje" ale antigenului. „Anticorpul" astfel format — liber în sînge sau fixat pe anumite ţesuturi — se „alipeşte", la un nou contact, de antigen, pe care îl face inofensiv. Reacţia se poate desfăşura însă după 2 modalităţi:

a) Uneori totul se petrece mai mult sau mai puţin „pe tăcute", procesul constituind aşa-numita „imunitate", pe care o putem

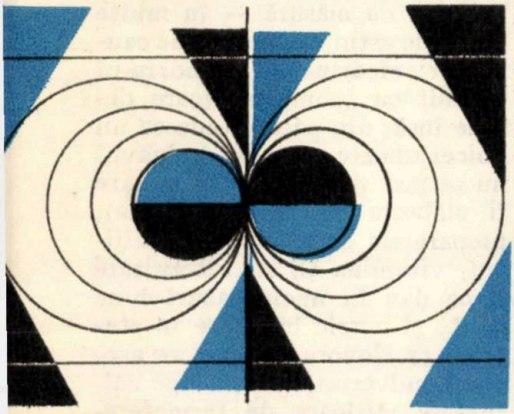
avea din naştere sau dobîndi după o boală infecţioasă ori în urma administrării unui vaccin;

b) alteori combinarea antigenului cu anticorpul duce, prin exagerarea reacţiei, la eliberarea în ţesuturi a unor substanţe iritante (acetilcolină, histamină, serotonină), care declanşează o serie de tulburări — „alergiile" (reacţii modificate). Fixarea anticorpilor pe bronhii duce la predominenţa reacţiei alergice la acest nivel cu apariţia consecutivă a astmului.

Cum se produce astmul bronşic?

Aerul exterior este distribuit plămînilor prin intermediul unui

arbore, extrem de ramificat, de conducte cilindrice, format din laringe, trahee, bronhii de diferite calibre şi bronhiole. Încălzirea, umidificarea şi purificarea aerului inspirat se realizează în toate aceste zone prin bogăţia de vase cu sînge cald, prin mucusul care tapetează interiorul lor şi prin epiteliul cu cili — adevărat „covor rulant", care evacuează în afară particulele de praf şi alte impurităţi. Pe lîngă aceasta, arborele bronşic



mai posedă în jumătatea sa iniţială un schelet cartilaginos, care îl menţine larg deschis şi care este înlocuit treptat, în porţiunile inferioare, printr-o musculatură activă, cu rol în reglarea cantităţii de aer.

În producerea astmului intervin numeroşi factori alergeni, ca: polenul florilor (primula), arborilor (pin, tei, plop) şi ierburilor, praf de casă şi mucegaiuri (igrasie), pulberi industriale (făină, praf de furaje, textile) sau agricole (ricin), microbi din căile respiratorii, medicamente (antibiotice, sulfamide), alimente (raci, căpşuni), infecţii bronhopulmonare (tuberculoza, bronşita tabagică), factori neuropsihici (nevroze, supărări) sau endocrini, elemente de climat (frig, umed, curenţi, furtuni magnetice). Acţiunea — de obicei combinată — a acestor cauze determină o triplă reacţie bronşică: contracţia musculaturii (spasm bronşiolar), îmbibarea mucoasei cu serozitatea ieşită din vasele congestionate (edem) şi hiperproducţia de mucus, toate trei fenomenele concurînd la reducerea calibrului interior (lumenului) conductelor, cu dificultate în trecerea aerului (mai ales în expiraţie, cînd plămînul se strînge). Rezultă astfel o dispnee („respiraţie grea") expiratorie, apărînd de obicei la începutul nopţii, în crize („năduf"), însoţită şi continuată de tuse chinuitoare, „hîrîitul în piept" şi o expectoraţie sticloasă, greu de eliminat.

În evoluţia unui astm bronşic, accesele sînt întrerupte de perioade de linişte, din ce în ce mai scurte, şi survin adesea bronşite de suprainfecţie, cu accentuarea expectoraţiei, care devine verzuie; cantităţi foarte mari de spută cu caracter purulent, adesea pătate cu sînge, anunţă instalarea unei bronşiectazii (dilatări bronşice). Neglijarea bolii duce în cele din urmă la tulburarea circulaţiei în vasele pulmonare, cu îngreunarea muncii inimii şi insuficienţă cardiacă consecutivă: bolnavul a devenit din astmatic cardiopulmonar.

Tratamentul astmului bronşic constituie una din cele mai dificile probleme ale terapeuticii

medicale. Nu numai că este vorba de o boală cronică, cu multiple elemente cauzale, dar acestea sînt adesea cu totul ascunse şi acţionează la un bolnav cu un fond psihic şi endocrin particular, de multe ori intoxicat cronic cu medicamente.

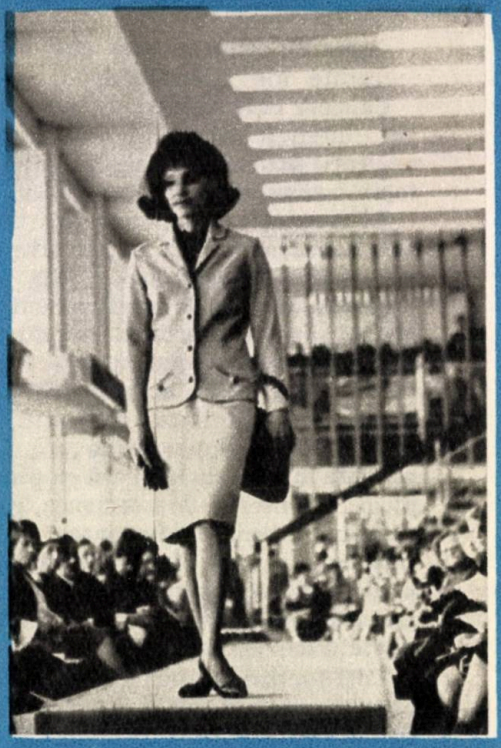
Primul din factorii care trebuie căutaţi şi îndepărtaţi este cel alergic. După decelarea sa prin intermediul unei anchete amănunţite, al unor examene de laborator speciale şi al precizării alergenului în cauză (injectarea în piele sau inhalarea unor cantităţi infime din substanţa bănuită, cu urmărirea reacţiei cutanate sau respiratorii) se încearcă mai întîi eliminarea „vinovatului" din mediu (tratarea igrasiei, scoaterea covoarelor, spălatul amănunţit al caloriferelor — în casă; măsuri de protecţia muncii — în întreprinderi) sau scoaterea bolnavului din mediul în cauză (concediu în perioada de polenizare a plantelor respective; schimbarea locului de muncă). Cînd măsurile profilactice se dovedesc insuficiente, se recurge la medicamente care atacă baza biochimică a reacţiei alergice — antihistaminice (romergan, anafilin, feniramin) şi cortizon; acesta din urmă poate aduce însă cu sine numeroase complicaţii (ulcer, hipertensiune, diabet etc.), astfel încît nu trebuie utilizat abuziv. Mult mai indicată — deşi mai laborioasă — este practicarea aşa-zisei desensibilizări specifice, prin injecţii cu doze foarte mici şi crescînde din alergenul în cauză, durînd 3—12 luni!

Este, de asemenea, necesar să se trateze şi ceilalţi factori cauzali, în cazul în care joacă şi ei un rol: infecţia bronşică (antibiotice sau sulfamide — pe baza sensibilităţii particulare a germenilor în cauză, determinată prin „antibiogramă"), tulburările endocrine şi mai ales factorul psihic, care trebuie analizat cu multă răbdare, deoarece reprezintă de multe ori un element hotărîtor în întreţinerea bolii.

Sînt şi mijloace adjuvante, utile — cu măsură — în multe forme de astm, indiferent de cauza lor: efedrina şi novodrin-ul inhalat cu „pompiţa" (care devine însă, din păcate, adesea un obicei abuziv, de care bolnavul nu se mai poate dezbăra şi care îi slăbeşte cu timpul inima), preparatele de calciu, hiposulfitul, vitamina C, ş.a. Rezultate bune dau în unele cazuri bine triate şi curele balneare în staţiuni ca Govora, în care se asociază pulverizaţiilor cu ape sulfuroase mijloace de termoterapie, curenţi de înaltă frecvenţă sau aer sub presiune. Absolut indispensabilă este, de asemenea, şi încetarea imediată a fumatului.

Astmul bronşic este una din bolile în care succesul terapeutic nu poate fi realizat fără cooperarea, cel puţin în egală măsură, a mai multor specialişti (internist, alergolog, fizioterapeut, uneori endocrinolog şi psiholog) şi a bolnavului, şi fără punerea în joc a unui larg arsenal de mijloace moderne, cu măsură, corect asociate şi perseverent aplicate.

Dr. TEODOR GHEORGHIU



PARADA MODEI

GASTRITA CRONICĂ

Gastrita cronică este una din cele mai frecvente suferinţe ale stomacului.

Cauzele care determină gastrita cronică sînt multiple, întrucît stomacul este expus zilnic multiplelor excitaţii prin alimentele introduse, ca de exemplu excitaţii mecanice, chimice, fizice, toxice şi bacteriene.

Alimentaţia neigienică are un rol important prin cantitatea, calitatea şi prin ritmul neregulat de administrare. De asemenea lipsa danturii, masticaţia proastă, abuzul de medicamente, băuturi reci de la gheaţă sau prea fierbinţi, pot duce cu uşurinţă la inflamaţia mucoasei stomacului — la *gastrită*. Dintre medicamentele care au acţiune iritantă asupra stomacului se numără salicilatul de sodiu, iodul, bromul, digitala, sulfamidele, aspirina etc. De asemenea se cunosc gastrite la cei care lucrează cu plumb în condiţii neigienice. Se observă de asemenea gastrită la bolnavii cu suferinţe cronice pulmonare, ca: bronşiectazii, supuraţii pulmonare, tuberculoză pulmonară, care apar prin înghiţirea sputei abundente şi plină de microbi. De asemenea, lipsa unor vitamine din alimentaţie, poate duce la gastrită.

Toţi factorii amintiţi, împreună cu alţii pe care nu-i cunoaştem încă, cît şi sistemul nervos, sînt în stare să tulbure funcţiile stomacului şi să ducă la gastrită. Experienţele au arătat că excitarea centrilor nervoşi subcorticali determină inflamaţii la nivelul mucoasei gastrice. Pentru a trata gastrita, ca măsuri generale se recomandă: descoperirea şi îndepărtarea factorilor, a cauzelor care o determină, practicarea unui ritm de viaţă ordonată, evitarea eforturilor mari fizice şi intelectuale. Un rol însemnat în tratamentul gastritei cronice revine ritmului alimentar. Se recomandă o alimentaţie frecventă (deasă), de cinci ori pe zi, cu mîncăruri nici prea fierbinţi, nici prea reci, să nu fie iritante (iuţi), condimentate, pentru a nu provoca excitaţii asupra mucoasei stomacului. De asemenea, este necesar să se evite supraalimentaţia, să nu se mănînce prea mult o dată.

Între alimentele permise amintim laptele dulce, ceai cu lapte, cafea cu lapte, frişcă, smîntînă, unt proaspăt, brînzeturi nefermentate, supe de zarzavat, supe false, toate pastele făinoase, ouă moi, carne de vacă, viţel, pasăre, perişoare fierte în abur, peşte slab (şalău, ştiucă, lin), rasol sau la grătar, şuncă slabă, zarzava-

turi verzi fierte şi pregătite cu unt sau untdelemn (fasole, mazăre, cartofi, dovlecei, conopidă, spanac, suc de roşii), pîine albă mai veche sau prăjită, prăjituri de casă (plăcintă cu mere, cu brînză, tarte), budincă, compoturi, mere coapte la cuptor, jeleuri de fructe, sufleuri, prăjituri uscate. După mesele principale se recomandă ceai de sunătoare, repaus la pat o oră, iar seara la culcare comprese alcoolizate pe regiunea stomacului.

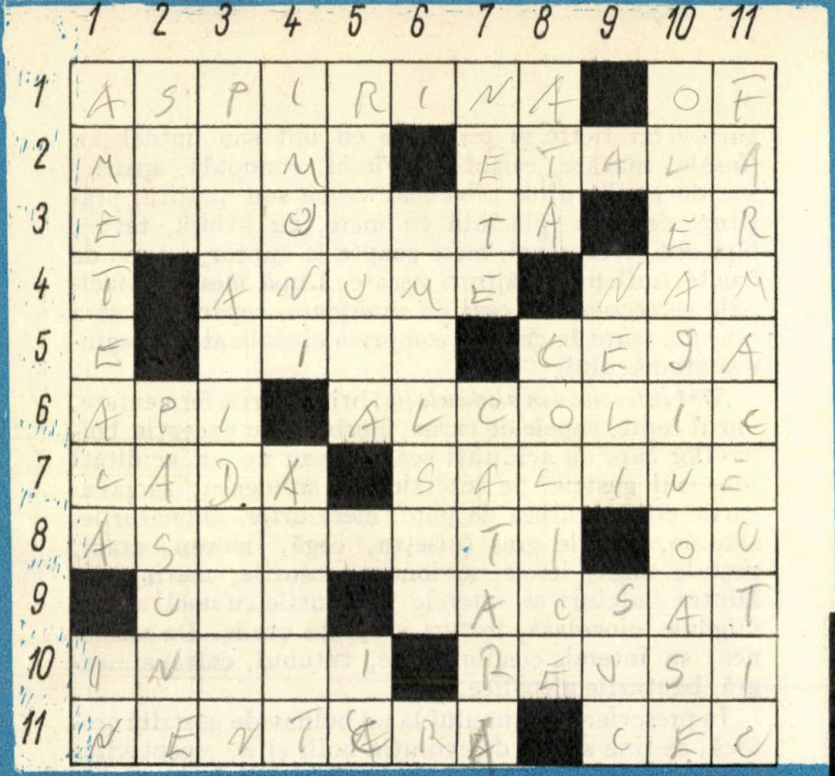
Sînt interzise din alimentaţie: brînzeturile fermentate, untul topit, supele de carne, ciorbele, cu excepţia bolnavilor care au aciditǎţi scăzute sau nu au aciditǎţi în sucul gastric. Se interzic, de asemenea, zarzavaturile crude, carnea de porc, mezelurile, afumăturile, slănina, peştele gras (nisetru, cegă, morun, crap), peştele sărat, icrele, maioneza, sosurile, marinatele. Dintre dulciuri se interzic prăjiturile cu nuci, alune, migdale, ciocolată, torturi şi fructe crude. De asemenea, se interzic condimentele, tutunul, cafeaua neagră, băuturile alcoolice.

În prescrierea regimului la un bolnav de gastrită cronică, se ţine seama de evoluţia bolii şi de receptivitatea individului, de felul cum îl suportă şi de condiţiile lui de viaţă. Regimul trebuie respectat timp mai îndelungat şi nu trebuie pierdut din vedere că gastrita cronică este o boală recidivantă şi uneori rezistentă la tratament. De cele mai multe ori, însă, dacă bolnavul înţelege să colaboreze cu medicul, se poate obţine o vindecare reală prin respectarea regimului.

Trebuie ştiut că bolnavii cu gastrită cronică pot duce un ritm normal de viaţă. Gimnastica şi sportul nu sînt contraindicate, de asemenea plimbările în aer liber în faza nedureroasă a gastritei fac foarte bine. Un factor important în tratamentul gastritei pe lîngă cel medicamentos şi regimul alimentar este cura de ape minerale în diversele staţiuni, ca Slănic Moldova, Olăneşti. Tratamentul hidromineral este foarte indicat în gastrita cronică, previne recidivele. Bolnavul se simte bine în staţiune, prin schimbarea de mediu, de climă, de aer, prin relaxarea nervoasă, este supus la o disciplină dietetică, alta decît acasă, odihna după mese şi acţiunea apelor minerale asupra organismului în mod favorabil.

Dr. ODISEIA STANCIU

FARMACIE ?..



ORIZONTAL:

1. Anticălduri
   — ...și aoleu!
2. Secțiune dintr-un miligram
   — își arată marfa (inf.)
3. Bună pentru analize
   — numai ere...
4. În special
   — nu am!
5. Diminutiv masculin
   — pește cu cioc
6. Prefixul albinelor
   — bea mult și mănîncă litere!
7. De zestre
   — sînt sărate sub pămînt
8. Au luat somnifere (m. pl.)
   — antegăină!
9. Vino fără pălărie!
   — poate fi de vînt
10. Chiar așa
    — a scoate la capăt
11. Drămuiește medicamentele
    — e bine să te aibă în evidență

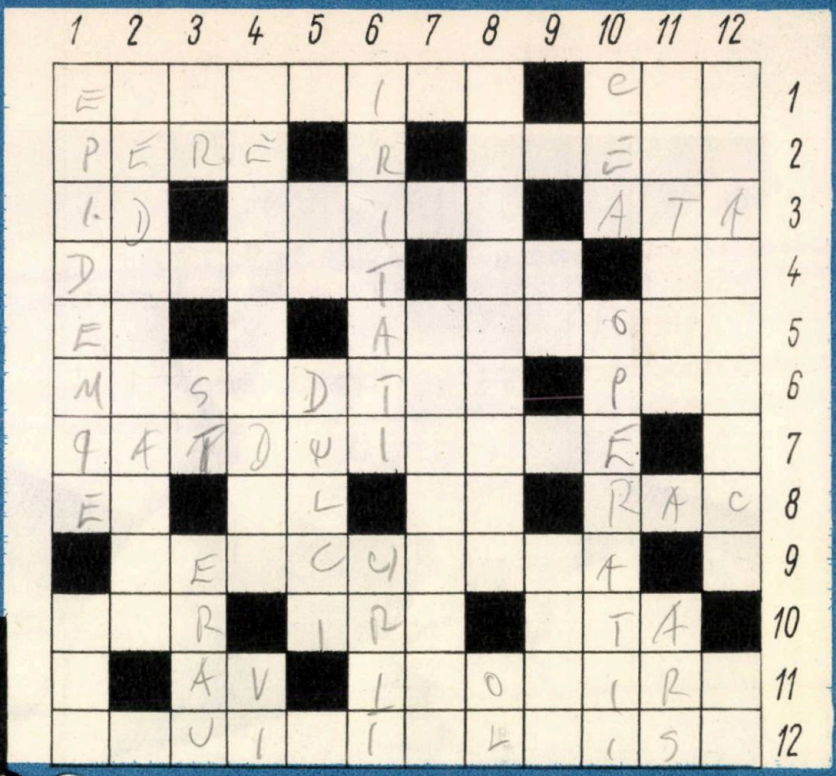
VERTICAL:

1. Cînd ești slab, te apucă
   — cu ele începe
2. Vas
   — fîneață de munte
3. Anticap articulat
4. Nu se leagă de ei
   — miroase frumos, dar nu face bine.
5. Nu e bun (inf.)
   — e amic la sfîrșit!
6. Un agent care se amestecă!
7. Fără cute
   — căutară pe la țară
8. Nu e bine cînd se rupe
   — e bun la ochi (pl.)
9. Mama Grahilor cînd era mică
   — e bun vara
10. Au grăsime multă
11. E punct, e în gară sau la țară, și-ți dă sănătate

Farm. M. DACU

Răspunsul la pag. 138

MEDICINA



ORIZONTAL:

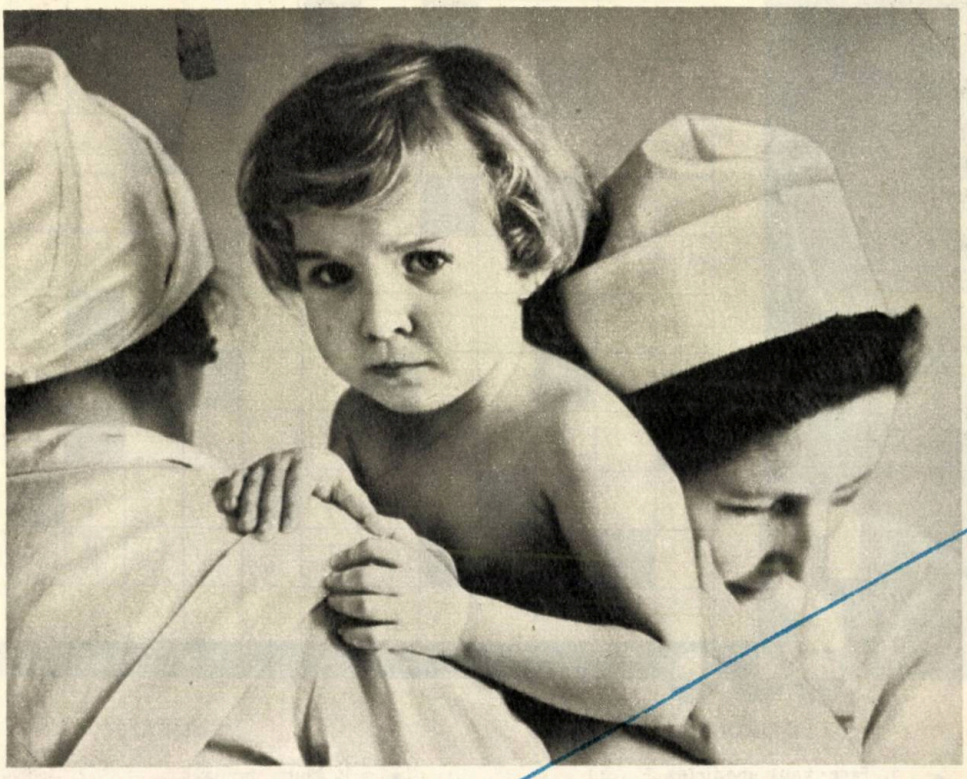
- **1.** Face baba medicină
  — leagă rana
- **2.** Fructe
  — pasăre nerăpitoare dar cu foc
- **3.** Sărbătoare scurtată la strămoşi
  — boala caprelor cînd au coada în sus (m.)
  — coase rana şi la haină!
- **4.** Are sînge dulce
  — metal anti TBC (simb.)
  — şi-n franceză!
- **5.** Unghi dintr-un triunghi de lemn!
  — ...patolog!
- **6.** Gest frumos
  — e pe mare!
- **7.** Sînt multe studente la examen
- **8.** Vocale
  — are un pic de diabet
  — are apă
  — car pe dos
- **9.** Utilizată prostie umană
- **10.** Miez de raţie
  — pieptul unui slăbănog
  — literă grecească
- **11.** A fost un timp mediu
  — pierdere de timp
- **12.** Mişcare intestină!

VERTICAL:

- **1.** Mulţi bolnavi
  — coardele de la harpă
- **2.** Pui de medic
- **3.** Muşcă din prună
  — începi să ştii
  — nu mai sînt
- **4.** Curăţă ogoarele
  — vis neîmplinit
- **5.** Un rest de cremă
  — nu-s amari!
- **6.** Nu-s calmaţi
  — nu-i frumos
- **7.** Despre noduli (fem.)
- **8.** Ca la circ
  — vas (arh.)
- **9.** Cap de scîndură medicinală
  — un fel de probă
- **10.** Aceea de colo
  — le fac chirurgii
- **11.** Le au primitivii
  — păcălit (fig.)
- **12.** Piesă cu subiect medical
  — sîntem

Farm. M. DACU

Răspunsul la pag. 138



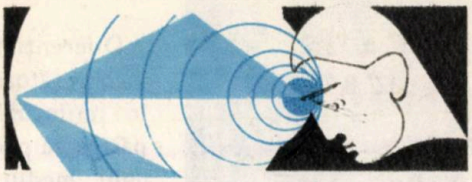
Consultaţia prin

După ce au fost consultaţi de medicul circumscripţiei sanitare sau al policlinicii teritoriale, mulţi suferinzi obişnuiesc să spună: „Bun doctor! M-a examinat peste tot. Cînd voi fi gata şi cu analizele, îmi va prescrie tratamentul". Aşadar, medicul examinează şi apreciază importanţa simptomelor caracteristice, recomandă — cînd este cazul — anumite examene de laborator sau radiologice, unele probe funcţionale, necesare stabilirii diagnosticului şi apoi, bazat pe toate aceste date, prescrie tratamentul pentru boala respectivă, ţinînd seama şi de starea generală a organismului şi de alte eventuale boli asociate. Deci, pentru reuşita vindecării, medicul se va strădui să individualizeze tratamentul. Acest mod ştiinţific de a proceda constituie, într-adevăr, o chezăşie pentru bolnav că poate spera să se însănătoşească, dacă, bineînţeles, va respecta indicaţiile medicului.

Să vedem însă ce se poate întîmpla cînd în loc să folosească consultaţia obişnuită a medicului curant, cum este firesc şi destul de comod pentru dînşii, unii bolnavi recurg la un procedeu care li se pare mai avantajos, dar care în realitate nu numai că nu are eficienţă, ci poate contribui de multe ori chiar la agravarea bolii. Este vorba de consultaţia prin corespondenţă.

Solicitînd în scris o consultaţie revistei preferate, care răspunde scrisorilor primite de la cititori la rubrici special destinate în acest scop (Poşta medicului etc.), suferinzii respectivi neglijează faptul cel mai important: imposibilitatea din punct de vedere practic de a se stabili un diagnostic numai pe o simplă descriere. Atît timp cît nu are bolnavul

CORESPONDENTA



în față pentru a-l examina clinic și a sta de vorbă cu el, medicul oricîtă bunăvoință ar avea și oricît de competent ar fi, poate cel mult să presupună un diagnostic, dar în nici un caz să-l afirme cu certitudine.

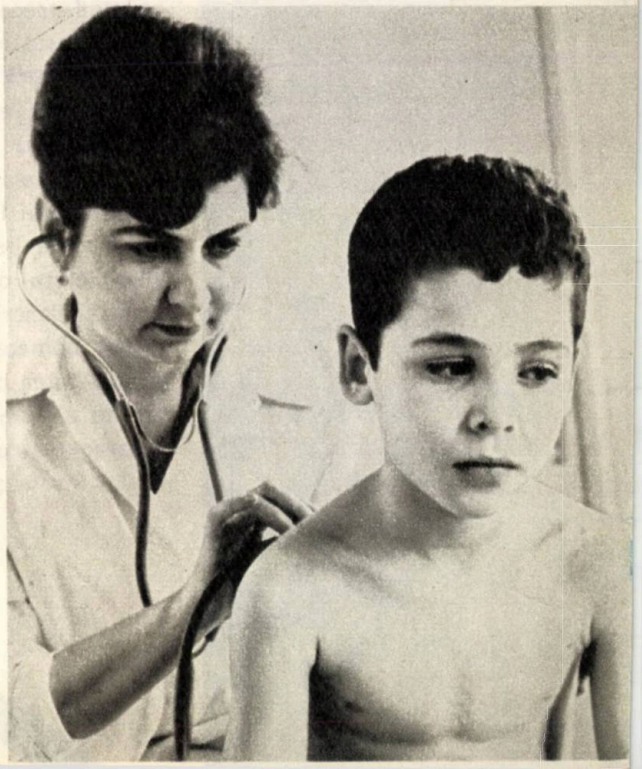
Ce bază se poate pune doar pe relatarea prin corespondență a unor simptome, care se referă la o stare dureroasă, bunăoară, sau la un complex de simptome nervoase, la o serie de tulburări digestive, la unele suferințe ale pielii, la unele dereglări în funcționalitatea aparatului cardiovascular sau la atîtea și atîtea alte manifestări de boală, cînd este știut cît de diverse sînt cauzele unei boli, cîte corelații sînt între o stare de boală și o sumedenie de factori endo- și exogeni, pe care, firește, bolnavul nu le poate expune în scrisoare, fiindcă nu se pricepe. Ca urmare, ce tratamente pot fi acelea pe care un medic este pus în situația de a le prescrie fără să cunoască și starea constituțională a bolnavului, unele eventuale boli asociate suferinței de bază, precum și unele date în legătură cu modul de viață, cu felul de comportare față de anumite situații?!

Medicii care primesc astfel de scrisori, prin lipsa unor elemente strict necesare stabilirii diagnosticului și instituirii tratamentului, sînt de multe ori nevoiți să se rezume — și bine fac — la răspunsuri prin care sfătuiesc bolnavii să se prezinte unui specialist spre a fi consultați. De la solicitarea consultației prin corespondență și pînă la primirea răspunsului, timpul însă, bineînțeles, trece... și, totodată, nici boala nu stă pe loc, ceea ce echivalează cu o pierdere de timp, care ar putea să întîrzie vindecarea.

Sînt și suferinzi care scriu revistelor că deși au încercat fel de fel de tratamente indicate de medici continuă totuși să sufere, motiv pentru care vor să audă și părerea publicației către care se adresează, ceea ce, fără discuție, nu poate constitui o greșeală. Ce-ar fi însă ca, bazați pe argumentația despre care am vorbit, astfel de bolnavi să persevereze în a ține contactul continuu cu medicii lor curanți, care le cunosc bine boala și gradul de receptivitate a organismului față de diverși factori terapeutici sau, eventual, să consulte, și alți medici de mare notorietate profesională, bineînțeles nu prin corespondență, pe care nu i-a solicitat încă?!

Trebuie să fie clar pentru orice bolnav că o consultație prin corespondență constituie un anacronism. Medicina modernă dispune de numeroase posibilități de investigație și tratament. Pentru a fi valorificate este necesar ca medicul să fie larg sprijinit și de bolnav. Discuțiile care iau naștere între acești doi factori în timpul consultației sînt de o deosebită importanță orientativă, imposibil de realizat pe orice alte căi și cu atît mai puțin prin corespondență.

Dr. I. LEONESCU



MAGAZIN MEDICAL

„CABINET" MEDICAL ÎN JUNGLĂ...

Printre marii descoperitori ai lumii se enumeră și exploratorul englez David Livingstone (1813—1873) cunoscut prin celebrele sale expediții africane în care, timp de aproape 30 de ani, a parcurs mii de kilometri în junglă. El a făcut importante descoperiri geografice, a elaborat o schemă geologică a Africii de sud, a efectuat studii valoroase asupra faunei și florei tropicale. Nu mai puțin prodigioasă a fost însă activitatea depusă, în cursul acestor călătorii, de Livingstone ca medic.

În condiții neobișnuit de vitrege, lipsit de ajutor calificat și de medicamente, Livingstone a luptat din greu cu frigurile galbene, malaria, dizenteria sau cu boala somnului. În cursul expedițiilor a întîlnit numeroși „vraci" și „tămăduitori" din rîndurile populației de culoare, pe care a reușit deseori să-i instruiască, mulți dintre ei devenind ajutoarele lui. Livingstone a căutat să cunoască remediile empirice ale „colegilor" lui fără diplomă, verificînd diferitele leacuri și ierburi.

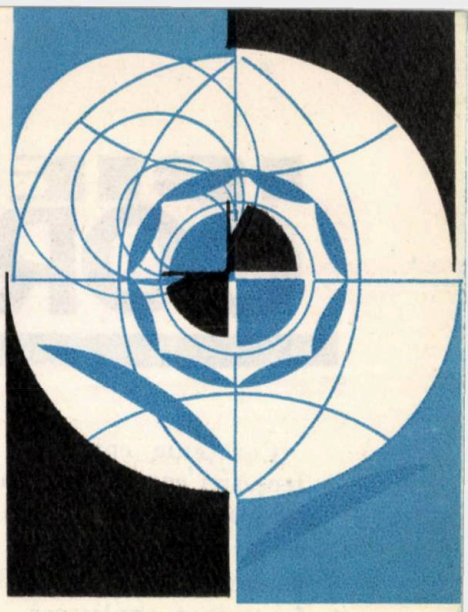
Livingstone era foarte mîndru de activitatea sa medicală. Iată ce scria, după expediția din Angola, în jurnalul său de călătorie: „Am avut o practică medicală imensă în Africa. Deseori veneau să-mi ceară sfatul bolnavi de la 130 de mile depărtare. În țara asta, un doctor are ce face dacă bineînțeles își ia gîndul de la onorarii..."

CIBERNETICA

Diferențiată din materia înconjurătoare și evoluînd în mijlocul ei, viața se păstrează prin conservarea unui mediu intern care rămîne constant față de amplele variații ale mediului extern. Oricît ar varia temperatura, sau umiditatea, sau compoziția mediului extern, mediul intern își menține aceeași compoziție chimică și aceleași proprietăți fizice. Și dacă variațiile mediului extern sînt rapide și ample, variațiile mediului intern al organismului sînt infime, modificările mai ample necesitînd trecerea mileniilor. Această independență fizico-chimică față de mediul extern este cea mai constantă și mai importantă caracteristică a vieții.

Genialului fiziolog francez Claude Bernard îi revine meritul de a fi descoperit și descris în secolul trecut homeostazia, adică proprietatea organismelor vii de a-și menține prin autoreglare constanța mediului intern și în general echilibrul funcțiilor sale. El a determinat astfel relații simple de reechilibrare biologică prin care orice tendință la variații într-un sens sau altul ale constantelor vieții era imediat redresată de un aparat central de autoreglare care primea „știrea" despre variația înregistrată și comanda imediat redresarea.

Au trebuit să treacă 7 decenii (în care perioadă medicii au operat mereu cu modul de gîndire cibernetic) pentru ca cibernetica să fie descoperită ca disciplină științifică extrabiologică și să devină o realitate tehnică. Și, încetul cu încetul, cu prețul multor cercetări, s-au realizat mecanisme și sisteme de informare și de autoreglare pe care confruntările cu biologia le-au indicat ca fiind de cele mai multe ori identice cu mecanismele biologice. Tehnicienii și medicii au înțeles atunci că contraproba experimentală a autoreglării substanței vii a fost făcută.



COPIAZĂ BIOLOGIA

Al doilea pas a constat apoi în încercarea sistematică a „imitării" autoreglărilor biologice, încercare din care au cîștigat deopotrivă și biologia și științele tehnice.

În fine, în ultimă instanță, științele tehnice încearcă ca plecînd de la sisteme biologice să acționeze pe cale și pe cont propriu. Astfel, sînt cunoscuți tranzistorii cu acizi nucleici, care încearcă să reproducă fenomenul transmiterii ereditare a informației vii, utilizînd ca element esențial acizi nucleici (ca ai celulei vii) sintetici sau extrași și enzime (fermenți) specifice.

Faptul că cibernetica este atît de apropiată, confundîndu-se uneori cu autoreglarea homeostazică, se explică prin similitudinea, pînă la identitate, între un sistem cibernetic și sistemul de reglare biologică (de exemplu, celula nervoasă).

Cel mai simplu sistem tehnic de autoreglare este compus dintr-un factor cauzal (sursa de informații), dintr-un efector (mecanismul de autoreglare) și dintr-un efect care tinde să acționeze prin retroacție (acțiune retrogradă) pentru corectarea sau modificarea proporțională pozitivă sau negativă (în plus sau în minus) a calității factorului cauzal.

Exact aceleași caracteristici le are și celula nervoasă care deservește un număr de receptori nervoși (factor cauzal), transmite influxul nervos (informația) prin dendrite (ramificații nervoase) către efector (corpul celular) și retransmite apoi „comanda" prin cilindracși (alte terminații nervoase) în vederea unei acțiuni de adaptare locală, reflexă, la modificările despre care a fost primită informația.

Dar dacă această similitudine este foarte mare, ea este în același timp și limitată. Căci, cibernetica tehnică și-a dezvoltat deja extrem de multe ramuri a căror activitate s-a „emancipat" de modelul biologic, iar fenomenele biologice nu pot fi încă în totalitate explicate prin cibernetică. Este în special vorba de fenomenele psihice superioare de tip afect, voință, caracter, educație, activitate de reacție, esența cărora reprezintă de fapt ceea ce aparține numai omului în evoluția vieții.

Dr. N. CHIOTAN

IGIENA CORPORALĂ

Curăţenia corporală şi a lenjeriei constituie, aşa cum se ştie, factori permanenţi de prim ordin pentru menţinerea sănătăţii. În lunile friguroase, aplicarea acestor factori necesită o atenţie sporită în ceea ce priveşte conştiinciozitatea. În felul acesta, se pot satisface regulile de igienă corporală, concomitent cu protecţia organismului împotriva unor îmbolnăviri ocazionate de răceli.

Ca să nu răcim, bunăoară, după baia de curăţenie, care trebuie făcută cu regularitate în tot timpul iernii — oricît ar fi gerul de aspru şi indiferent dacă avem sau nu baie la domiciliu — depinde, în primul rînd, de noi. Cine va avea grijă ca după baie să se ferească de a trece brusc de la căldură la frigul de afară, nu va răci, mai ales dacă la sfîrşitul băii va face şi un duş rece de cîteva secunde. Indiferent dacă baia de curăţenie se face acasă, la întreprindere sau la băile publice, nu se va pleca la drum decît cam după o oră de la terminarea băii. Această măsură este necesară pentru a oferi organismului posibilitatea de a se adapta treptat de la temperatura ridicată a băii la cea scăzută de afară. Bineînţeles că, mai ales după baie, trebuie să se acorde o atenţie specială protecţiei vestimentare a corpului, neadmiţîndu-se nici o imprudenţă care ar putea expune la răceli.

Cît priveşte rufăria de corp şi celelalte efecte de îmbră-

ÎN LUNILE FRIGUROASE

căminte, este bine ca în lunile friguroase să se acorde preferință țesăturilor confecționate din bumbac, lînă sau in. Fiind mai poroase, aceste țesături permit realizarea unei mai bune ventilații a aerului circulant între piele, lenjerie și haine. Se va evita, pe cît posibil, îmbrăcămintea prea groasă și prea strînsă pe corp, căci aceasta provoacă transpirație excesivă și, deci, contrar scopului urmărit, expune mai lesne la răceli. Încălțămintea va fi astfel aleasă încît să nu permită pătrunderea umezelii și a frigului la picioare.

Persoanele insuficient călite nu vor umbla prin ger și viscol cu capul descoperit, numai spre a fi în pas cu „moda". Astfel de „jonglerii", făcute pe seama sănătății, se soldează nu de puține ori cu neplăceri, cum ar fi, de exemplu, o nevralgie facială rebelă sau o sinuzită, care deseori necesită după aceea tratamente îndelungate.

În legătură cu igiena dormitului, este bine să ne reamintim că nici chiar cînd temperatura în camera de dormit este uneori mai scăzută decît în mod obișnuit, nu este permis să se doarmă cu ciorapi, scufii, fulare și nici cu adaosuri de lenjerie sau îmbrăcăminte de zi.

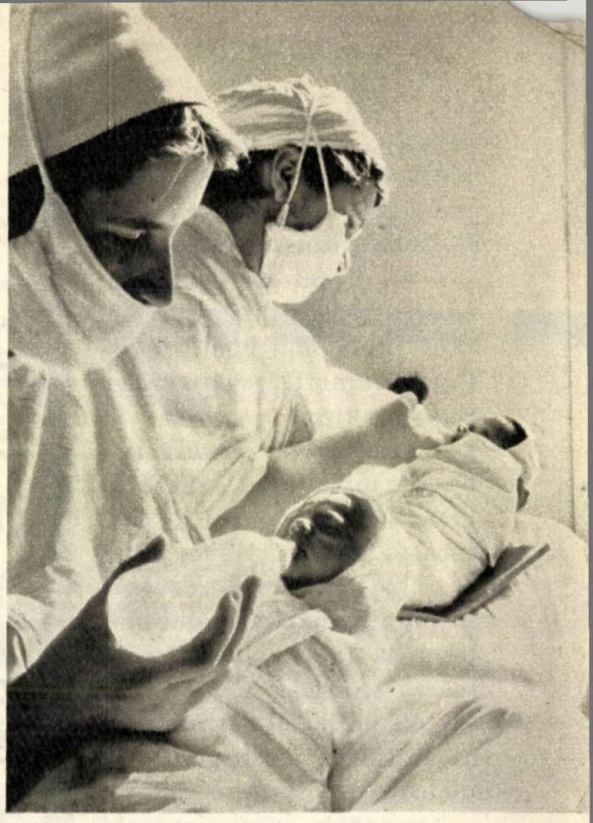
Cu cît se va asigura corpului o mai bună stare de curățenie și condiții complementare care întregesc satisfacerea necesităților de igienă, cu atît pielea va avea posibilități mai avantajoase de îndeplinire a multiplelor ei funcții, printre care și acelea de barieră împotriva microbilor și de termoreglare a corpului, atît de necesare sănătății.

Dr. I. LEONESCU

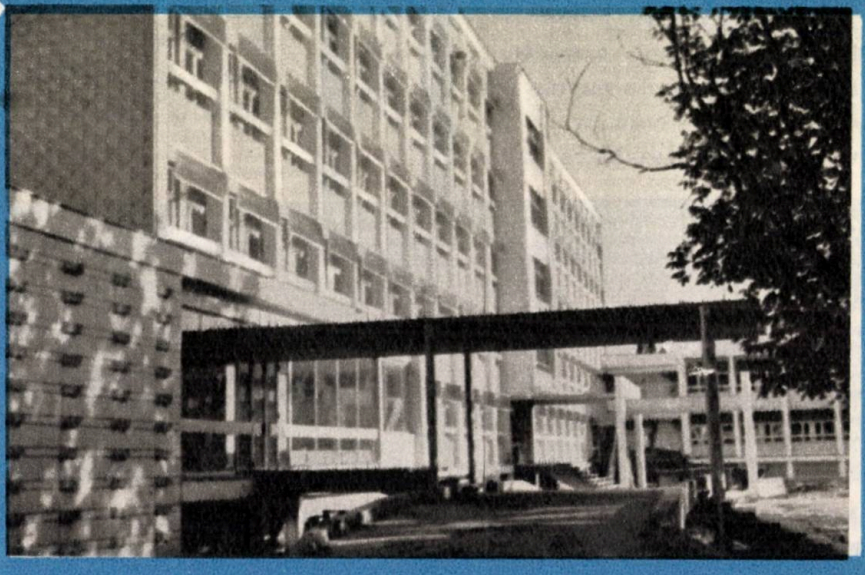
DANTE ȘI MEDICINA

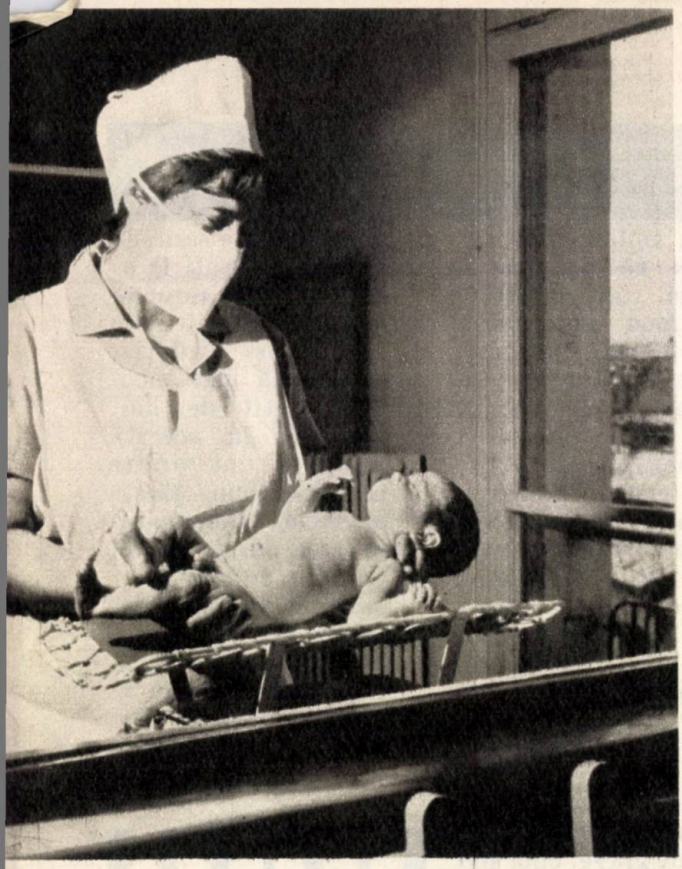
În secolul al XIII-lea, legile orașului Florența condiționau participarea cetățenilor la viața publică de obligativitatea înscrierii în una din cele 5 corporații de breaslă existente. Marele poet Dante Alighieri (1265—1321) a optat pentru corporația medicilor și farmaciștilor care, pe atunci, reunea cele mai cultivate spirite ale epocii, preocupate de știință, artă, literatură, filozofie și teologie.

Deși nu a practicat medicina, Dante era un mare erudit în acest domeniu, afirmîndu-se ca adversar al celor ce foloseau magia în această știință. În *Divina Comedie* sînt citați o serie de medici vestiți — Hippocrat, Galien, Scotus, Fioli și alții — fiind de asemenea întîlnite și numeroase referiri medicale privind tratamentul bolilor de piele, arsurilor, ciumei, holerei sau al diferitelor boli mintale.

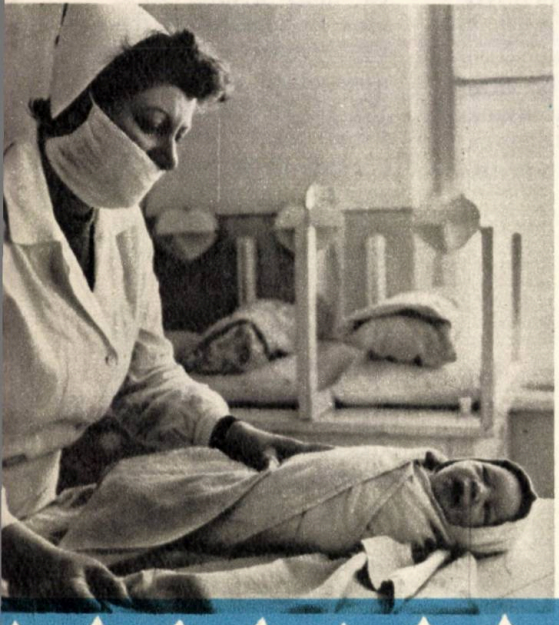


ASPECTE ASPECTE ASPECTE





ASPECTE



DIN MATERNITĂȚI

LA SPĂLAT RUFE... ÎN FAMILIE

Cercetările actuale referitoare la prevenirea și combaterea aterosclerozei — boală care, după cum se știe, provoacă numeroase suferințe și deseori scurtează numărul anilor de viață — constituie obiective deosebit de importante. Din discuțiile ce urmează s-ar putea trage unele învățăminte, care, puse în aplicare, ar oferi contribuții prețioase în profilaxia acestei boli.

Să ascultăm cuvîntul celor prezenți la discuții!...

Președintele: Ordinea de zi a ședinței de astăzi cuprinde un singur punct: Părerea **Aterosclerozei** despre ea și despre alții. În cuvîntul pe care îl va lua, prezentatoarea este rugată să-și analizeze existența și prin prisma altor factori care o favorizează.

Ateroscleroza: Cred că nu trebuie să insist prea mult asupra faptului că nu sînt o boală care însoțește în mod obligatoriu bătrînețea, cum mai cred încă unii. Am dovedit îndeajuns că mă pot manifesta și la persoane de vîrste mai puțin înaintate. Printre principalele mele manifestări, care sînt destul de numeroase, nu mă sfiesc să amintesc hipertensiunea arterială, angina pectorală, îmbătrînirea timpurie. Nu mă jenez să afirm nici că în faze mai înaintate pot provoca și unele accidente destul de grave, cum sînt congestiile și hemoragiile cerebrale, diverse paralizii și chiar infarctul miocardic.

Vă rog să mă credeți că, propriu-zis, nu țin prea mult la existența mea. Dimpotrivă, aș fi chiar bucuroasă să dispar pentru totdeauna. Pentru aceasta ar trebui însă ca o serie de factori, prezenți la această masă rotundă și care îmi înlesnesc apariția și evoluția, să nu mă mai încurajeze atît de des. Cred că în această privință, una dintre cele mai bune aliate ale mele, **Alimentația,** ar avea un cuvînt interesant de spus.

Alimentația: Într-adevăr, recunosc partea mea de vină. Contribui și eu la apariția aterosclerozei, dar cînd? Firește

SAU.

că doar atunci cînd sînt îmboldită să devin excesivă și mai ales cînd sînt nevoită să alcătuiesc meniuri mult prea încărcate și care abundă repetat în grăsimi animale, în cărnuri grase sau de animale prea tinere, în slănină, ficat, creier, icre sau cînd este vorba de alte alimente tot atît de bogate în colesterol. Nu este pentru nimeni un secret că acest colesterol, cînd

este în cantitate prea mare, se depune în pereții arterelor sub formă de plăci, denumite ateroame, care cu timpul scad elasticitatea arterelor și le îngustează calibrul, ceea ce îngreunează circulația sîngelui și predispune la accidente grave ca acelea cu care s-a lăudat prietena noastră **Ateroscleroza.**

Ce este drept, abundența mîncărurilor gustoase și posibilitățile lesnicioase de procurare a alimentelor îmbie pe oameni să mănînce din plin, pe „săturate". Dar, oricum, ceva mai multă cumpătare din partea oamenilor n-ar strica, mai ales pentru cei care au depășit vîrsta de 40—45 de ani. Dacă oamenii s-ar gîndi nu numai la plăcerea momentului în care mănîncă, ci și la unele consecințe neplăcute ale abuzului de mîncare, printre care și suferințele provocate de ateroscleroză, multe neplăceri ar fi evitate.

După cîte știu însă, nu sînt singura vinovată de apariția aterosclerozei. Mai sînt și alții. Ar fi bine ca cei vizați să aibă curajul și să-și recunoască vinovăția.

Surmenajul: Da, fără îndoială, printre cei vizați port și eu o anumită răspundere. Oboseala excesivă și repetată datorită eforturilor neraționale prilejuite de munca în asalt, de pierderea nopților în chefuri și jocuri de noroc, irosirea concediilor de odihnă și alte asemenea abateri de la normele de viață, nu fac decît să surmeneze organismul și să pună, ca să zic așa, „cărămizi grele" la formarea ateroamelor din pereții arterelor.

Tutunul: Firește că și eu îmi recunosc partea de vină. Abuzul de fumat figurează destul de constant în complexul de cauze care contribuie la apariția aterosclerozei. Din păcate, sînt o tentație pentru mulți oameni, dar cine este conștient de pericolul ce-l reprezint pentru sănătate n-are decît să renunțe la mine. Eu nu oblig pe nimeni.

Președintele: Ei, cine mai ia cuvîntul? (liniște prelungită). Mă surprinde tăcerea asta! Doar sîntem între noi; n-aveți de ce să vă jenați. Am venit doar, ca să spunem așa, să „spălăm rufele în familie" (tăcere prelungită). Cum adică, dumneavoastră, prea stimat delegat al sedentarismului, nu aveți nici un cuvînt de adăugat la cele spuse de antevorbitori? Oare nu contribuiți cu nimic la apariția aterosclerozei? Dar dumneavoastră, mult prea venerabilă reprezentantă a băuturilor alcoolice? Nu aveți nimic de declarat? Sînteți chiar atît de străină de existența aterosclerozei? (tăcere prelungită). Așadar, tot nu v-ați hotărît să vorbiți?!... Aceasta înseamnă nu numai că sînteți vinovate, dar sînteți și lașe. Suspendăm ședința pentru o oră. Poate în acest timp vă veți hotărî să vorbiți.

O MASĂ ROTUNDĂ „SUI-GENERIS"

Dr. I. LEONESCU

CAMERA

Din ce în ce mai frecvent apare în presa de largă circulaţie expresia de cameră — sau serviciu — de reanimare, ceea ce credem necesită unele precizări.

În primul rînd, care este scopul unei asemenea unităţi, relativ noi, în cadrul unui spital? Care este utilitatea sa? Care sînt categoriile de bolnavi cărora li se adresează şi care sînt beneficiile care urmează în îngrijirea bolnavilor?

În urmă cu mai bine de două decenii, observaţia medicală a ajuns la concluzia că este mult mai bine a menţine bolnavii, în perioada imediat ce urmează operaţiei, într-o cameră separată, în care, pe parcursul a cîtorva ore, pacientul să fie supravegheat pînă ce îşi revine complet din anestezie. Astfel a fost creată prima unitate de acest gen, aşa-numita „cameră de trezire", a cărei utilitate era — şi este — pe deplin motivată, de următoarele motive:

— O bună parte a accidentelor anesteziei generale se instalează în perioada de trezire, interval în care bolnavii au nevoie de o supraveghere competentă şi continuă. În această perioadă apar vărsăturile, modificări grave ale respiraţiei, oscilaţii ale ritmului inimii şi ale tensiunii arteriale. De un ajutor imediat şi complet depinde nu numai întreaga evoluţie postoperatorie, dar şi prognosticul vital al operatului, deoarece numai prin acţiuni rapide şi extrem de precise pot fi evitate — şi depăşite — accidente deosebit de grave.

— Menţinînd bolnavul cîteva ore în camera de trezire, îndeplinim — în bună măsură — şi un alt principiu al organizării intraspitaliceşti, şi anume menajarea psihicului celor neoperaţi şi al celor aflaţi în perioada de convalescenţă. Cu alte cuvinte, scutim majoritatea bolnavilor internaţi de a asista la perioada de trezire a celor operaţi, perioadă agitată, care îi poate impresiona în mod negativ.

— În camerele de trezire se obţine şi concentrarea personalului calificat, care poate acţiona cu maximum de eficienţă, în minimum de timp (personalul medical şi auxiliar nu mai este obligat de a trece — pentru a supraveghea şi eventual a acţiona — din cameră în cameră, unde ar fi transportaţi bolnavii operaţi). În afară de aceasta, aparatura specială (aspiratoare de secreţii, oxigenatoare, respiratoare artificiale, truse de urgenţă etc.) este şi ea concentrată într-un singur loc, putînd fi imediat folosită în caz de nevoie.

Prin generalizarea principiilor mai sus enumerate s-a ajuns la camera de reanimare propriu-zisă, în care în afara bolnavilor aflaţi în perioada de trezire mai sînt internaţi şi cei a căror evoluţie (dinaintea sau urmînd operaţiei) necesită o îngrijire particulară. Grupul acestor bolnavi, cu caracteristici specifice fiecărui serviciu, este alcătuit din:

— cei care au avut variaţii mari ale tensiunii arteriale şi ale frecvenţei pulsului (inclusiv cei care au prezentat oprirea activităţii inimii) şi care necesită o atentă supraveghere — timp de cîteva zile — după trecerea accidentului;

— bolnavii cu diferite afecţiuni ale aparatului respirator. Este vorba de cei care au suferit accidente grave (de circulaţie sau de muncă), de cei cu complicaţii pulmonare postoperatorii sau de diferite afecţiuni ale pleurelor şi ale plămînilor;

— cei care au nevoie de diferite aspiraţii ale conţinutului tubului digestiv (ocluzii intestinale, complicaţii urmînd operaţiilor etc.);

— bolnavii care au suferit accidente sau operaţii la nivelul craniului şi al creierului;

DE REANIMARE

— cei care din diferite motive (infecţii, accidente, boli cronice de rinichi, hipertensiune arterială etc.) prezintă tulburări în formarea şi în eliminarea urinii.

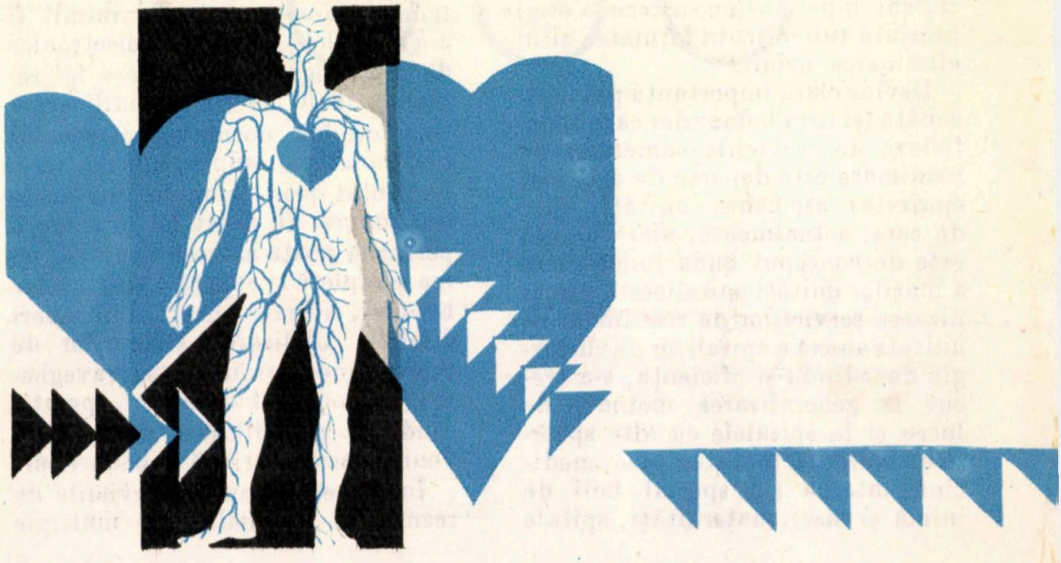
Devine clară importanţa pe care o capătă (şi lista bolnavilor care beneficiază de serviciile camerelor de reanimare este departe de a fi fost epuizată) asemenea unităţi, fără de care, actualmente, nici nu mai este de conceput buna funcţionare a marilor unităţi spitaliceşti. Organizarea serviciilor de reanimare ca unitate anexă a spitalelor de chirurgie dovedindu-şi eficienţa, s-a trecut la generalizarea metodei de lucru şi la spitalele cu alte specifice: boli infectocontagioase, medicină internă (în special boli de inimă şi vase), maternităţi, spitale de pediatrie, boli profesionale etc. Odată cu acumularea experienţei s-au adus şi se aduc în continuare perfecţionări diverse unităţilor de reanimare care servesc spitalele cu mai multe profiluri. Dintre acestea se cuvine a menţiona separarea care se face chiar în cadrul împărţirii încăperilor în care urmează a fi internaţi bolnavii cu diferite profiluri (pulmonari, cardiaci, renali, digestivi etc.) şi mai ales noile metode de urmărire a bolnavilor. Pentru a se uşura munca personalului afectat deservirii acestor unităţi şi în scopul măririi eficienţei supravegherii bolnavilor gravi, actualmente în camerele de reanimare se foloseşte cu deplin succes urmărirea automată a bolnavilor. Sisteme electronice, circuite de televiziune cu rază scurtă de acţiune permit observarea simultană a mai multor bolnavi şi înregistrarea automată şi permanentă a constantelor care interesează în mod particular. Astfel se înregistrează pulsul, tensiunea arterială, respiraţiile, temperatura, activitatea inimii şi a creierului; sistemele electronice de supraveghere sînt în aşa fel reglate, încît la orice modificare a constantelor normale, personalul însărcinat cu supravegherea este înştiinţat prin semnale luminoase sau sonore. În acest fel, o singură persoană poate asigura supravegherea completă şi exactă a mai multor bolnavi, situaţi chiar în încăperi diferite. Utilizarea sistemelor de televiziune permite şi supravegherea somnului bolnavilor operaţi, dîndu-ne posibilitatea de a interveni la orice dorinţă a bolnavilor.

În camerele sau în serviciile de reanimare se realizează multiple

tratamente, dintre care cele mai importante sînt:

— asigurarea respirației bolnavilor. Se știe că organismul uman nu poate suporta lipsa de oxigen mai mult de trei minute, interval după care apar grave tulburări care culminează cu moartea. Astăzi avem la îndemînă mijloace care pot asigura timp îndelungat — teoretic la infinit — respirația pacientului. Astfel se poate administra oxigenul la concentrațiile dorite, iar în cazul în care pacientul nu mai respiră, se poate asigura respirația prin intermediul unei aparaturi care provoacă introducerea aerului sau a oxigenului în plămînii bolnavului și apoi evacuarea sa prin intermediul unei pompe. Aparatura este din ce în ce mai perfectă, rezultatele din ce în ce mai bune. Se cunosc cazuri (pacienți la care respirația a încetat din diferite motive: paralizie infantilă, leziuni la nivelul creierului sau la măduva spinării, sau pacienți la care respirația nu mai poate asigura schimburile gazoase din cauza unei grave afecțiuni pulmonare) la care asigurarea respirației prin intermediul unei aparaturi a dus la menținerea bolnavului timp de cîteva luni (în ceea ce privește paralizia infantilă acest interval poate ajunge la ani) și apoi la vindecarea sa. De asemenea, atunci cînd este cazul, antibioticele pot fi administrate direct în plămînii bolnavilor prin diverse sisteme de vaporizare;

— circulația necesită tratamente particulare. În cazul opririi activității inimii se va recurge la masajul inimii pe cale externă (prin comprimări ritmice pe torace) sau pe cale internă (abordarea inimii după deschiderea toracelui). Tratamentul în această direcție a făcut mari progrese, deoarece astăzi sîntem în situația de a putea face și așa-numita electroexcitație a inimii, metodă prin care, grație impulsurilor electrice, se obține — sau se normalizează — frecvența



și forța pulsațiilor inimii. Alți bolnavi pretind altfel de tratament; este cazul așa-numitului „șoc" în care tulburările circulației țin de modificările condițiilor circulației periferice, situație în care inima nu mai poate asigura nevoile corpului nu din cauza sa, ci din cauză că sîngele nu mai poate ajunge la nivelul diferitelor țesuturi ale corpului. La acești bolnavi, tratamentul — foarte greu de condus — presupune injectarea a diferite substanțe care micșorînd calibrul vaselor sanguine periferice permite împingerea sîngelui cu mai multă forță. Ori de cîte ori un bolnav va prezenta o asemenea tulburare a circulației, în afară de tratamentul mai sus menționat, va necesita și administrarea oxigenului și a unei cantități optime de lichide, absolut necesare normalizării condițiilor circulatorii;

— în foarte multe situații apare așa-numita deshidratare (pierdere de apă). Aceste situații pretind analize de mare finețe, prin care se urmăresc pierderea de apă și de sare a corpului, precum și o terapeutică exactă (cantitativă și calitativă) prin care suplinim lipsurile constatate. Bolnavii vor trebui cîntăriți zilnic, iar lichidele pierdute exact evaluate pentru a se putea stabili cu cea mai mare exactitate cantitatea și compoziția lichidelor administrate. La acești bolnavi, cantitatea lichidelor necesare zilnic poate depăși 2—3—4 litri, cantitate uneori imposibil de administrat prin metodele curente de perfuzie intravenoasă prin intermediul acelor obișnuite. De aceea se folosește administrarea intravenoasă prin sondele cateter de material plastic, care sînt introduse pînă în venele cave. Acest mod de administrare este mult mai comod pentru bolnav, care se poate mișca în pat, iar perfuzia este continuă, asigurîndu-se un ritm cît mai aproape de condițiile fiziologice ale corpului omenesc. Pe această cale se vor administra nu numai apa și sarea, dar și toți componenții de care organismul are nevoie atunci cînd nu se mai poate hrăni pe cale naturală (vitamine, substanțe minerale, hormoni, plasmă, sînge, zaharuri, grăsimi etc.). Hrănirea artificială poate fi menținută timp îndelungat, fiind cunoscute cazuri cînd perfuzia continuă a durat 3—4 luni, iar pacientul care în acest interval a suportat mai multe operații a fost salvat;

— o altă situație este dată de bolnavii cu insuficiență renală. În aceste situații, rinichii bolnavului nu mai pot asigura formarea și eliminarea urinii. Terapeutica lor constă în epurarea sîngelui prin intermediul unei aparaturi, în care are loc „spălarea" sîngelui intoxicat. Metoda, care se numește *dializă extrarenală*, se folosește de „rinichiul artificial" sau de spălarea continuă a cavității peritoneale a bolnavului. Ambele sisteme dau bune rezultate, ceea ce a dus la schimbarea radicală a prognosticului unor afecțiuni, care pînă nu demult duceau inevitabil la moartea grabnică a bolnavului.

Acestea au fost — mai mult decît rezumativ — unele din aspectele activității camerelor de reanimare, aspecte din care se poate trage o concluzie de o deosebită importanță și anume că prin aceste servicii se obțin foloase indiscutabile în îngrijirea bolnavilor.

Dr. Ș. CRIVDA

CUM SE PRODUCE SUNETUL

MECANISMUL FONAȚIEI

Laringele este organul principal al fonației, adică al producerii sunetelor și cuvintelor. Cum se produce sunetul? În expirație, aerul care iese din plămîni trece prin spațiul glotic închis prin apropierea corzilor vocale. Dacă vrem să producem un sunet închidem voluntar acest spațiu dintre corzi, iar aerul care iese din plămîni prin expirație trece prin această fantă strîmtă, punînd în vibrație corzile vocale, ceea ce produce un sunet. Sunetul plecat din laringe ajunge apoi în cavitățile faringelui, gurii și foselor nazale, care sînt adevărate cutii de rezonanță. În același timp, mișcările limbii, vălului palatin și buzelor modelează sunetele, transformîndu-le în cuvinte. Astfel iau naștere vocea și cuvintele ca fiind rezultatul emiterii sunetului de bază format prin vibrația corzilor vocale la care se adaugă armonicile cavităților de rezonanță.

După cercetări mai recente se consideră însă că producerea sunetului se datorește nu numai curentului de aer care produce vibrația corzilor vocale, ci ar interveni un mecanism complex neuro-muscular, în care un rol de seamă îl au centrii nervoși superiori din scoarța cerebrală, din diencefal, sistemul vegetativ și hormonii.

S-a constatat astfel că vibrația ritmică a corzilor vocale în cursul fonației se produce prin impulsuri corticale de la creier, transmise pe calea nervilor recurenți ai laringelui. Se crede că laringele reacționează obișnuit prin așa-zisul regim monofazic (se realizează prin vocea din piept) sau difazic (falsetul la bărbați, vocea din cap la femeie) și excepțional trifazic constatat doar la cîteva cîntărețe celebre (Erna Saack, Ima Sumak și Mado Robin).

Scoarța cerebrală are rolul primordial în reglarea cîntului, vorbirii și legate de acestea, a respirației și a legăturilor cu centrii auditivi, astfel că educarea și memoria cuvintelor ca și cea muzicală sînt legate de centrii corticali din creier. Carusso, după reprezentația operei „Carmen", în actul IV, în timpul marelui Do, cu puterea și patetismul vocii sale a electrizat publicul. El a spus după aceea: „cred că acela provenea din creierul meu".

Diencefalul, adică centrii subcorticali, joacă, de asemenea, un rol important mai ales în sunetele involuntare, ca: oftatul, căscatul, suspinul, influxiunile vocii, afectivitatea care exprimă bucuria, tristețea.

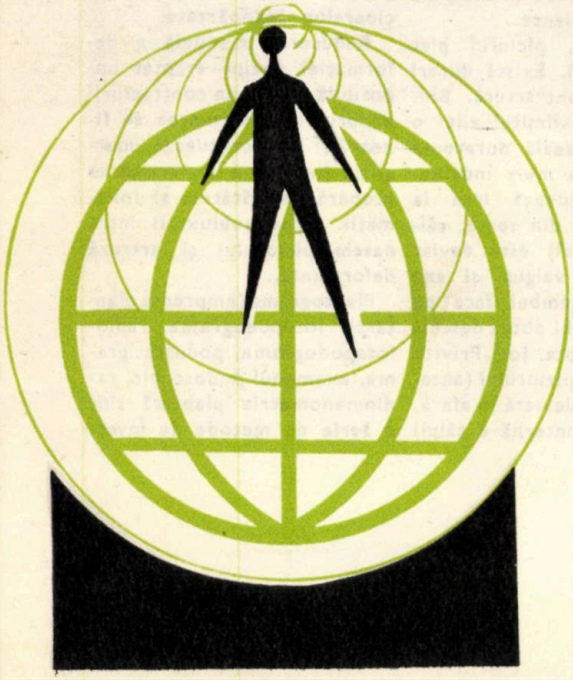
Sistemul nervos vegetativ (simpaticul și în special parasimpaticul — adică vagul, nervul principal al laringelui fiind derivat din nervul vag) are influență

netă asupra vocii în special, explicîndu-se printre altele de ce seara pe măsură ce se apropie vagotonia nocturnă, cîntăreții sînt mai „în formă".

Hormonii au, de asemenea, un rol precis în dezvoltarea laringelui și formarea vocii. Astfel este cunoscută modificarea timbrului vocii la pubertate atît la fete, cît și la băieți, care se face sub influența hormonilor sexuali. Eunucii (castrații) la vîrsta pubertății rămîn cu o voce infantilă, feminină. Feminizarea vocii se observă și la bolnavii cu cancer la prostată, tratați cu cantități mari de hormoni feminini și invers se observă virilizarea vocii la femeile tratate cu doze mari de hormoni masculini.

Deci, în ansamblul ei, fonația nu trebuie explicată simplist, vibrațiile corzilor vocale producîndu-se de fapt prin impulsuri nervoase, aerul avînd doar rolul de vehicul, de împrăștiere a sunetului și nefiind motorul său. Așadar, mecanismul complex de producere a sunetelor și limbajului rămîne încă o problemă în discuție și face în continuare obiectul a numeroase cercetări experimentale în cadrul unei discipline relativ noi, dar în curs de dezvoltare, a foniatriei.

Dr. M. GEORGESCU



ȘTIAȚI CĂ PUTEȚI ARĂTA CA UN CAMELEON?

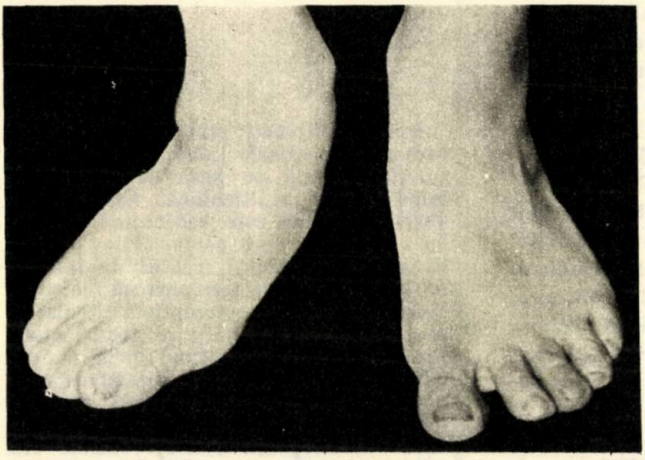
Dacă badijonați mîna cu negru de carbon în suspensie lichidă și apoi cu o soluție specială pe bază de colesterol, mîna devine multicoloră. Se recunosc vasele sanguine care vehiculează și căldură internă. Sînt perceptibile variații de la un por la altul, destul de infime, ca 0°,025. Această termogramă colorată etalează imediat o anomalie a circulației sanguine sau de înălțime tegumentară sau localizată mai profund prin simplă comparație cu o hartă tip a tegumentelor unui individ normal. Această peliculă tehnicoloră, descoperită de fizicianul american Fergason Jones, formată din cristale lichide, își schimbă culoarea la variațiile de temperatură, la șocurile mecanice, la radiațiile electromagnetice.

Curbele de temperatură sînt spre exemplu de la 31° la 32° roșii, între 32° și 33° galbene, între 33° și 34° verzi, între 34° și 36° albastre. Pentru că schimbările de temperatură reflectă mișcarea sîngelui, avem o oglindă excepțional de fidelă a circulației vasculare subcutanate. Din 39 de bolnavi la care s-a executat proba termografului, la 21 s-au depistat tumori canceroase care corespundeau cu zonele de piele mai caldă. Desenul specific care apare deasupra unei tumori îl reproduce irigația, deci conturul; se precizează astfel indicația chirurgicală.

Dar termograma este întrebuințată în mod felurit. Astfel la controlul prematurilor, benzi adezive sensibile semnalează temperatura mediului înconjurător și pot fi citite de la 10 m de către personalul sanitar. Mici timbre termografice sînt aplicate pe capul, abdomenul, picioarele nou-născutului care luptă pentru viață și semnalizează schimbările de temperatură. Dacă temperatura internă scade, este semn de vasoconstricție, ceea ce poate fi un simptom al declanșării unei infecții sau tulburări de irigație, sau o hipoglicemie.

Termometrul cutanat este ca o sonerie de alarmă după intervențiile chirurgicale, spre exemplu în grefele arteriale. Dacă se ung picioarele bolnavului și dacă operația merge bine, temperatura extremităților se ridică și apare colorația albastră. Dacă nu, înseamnă că circulația s-a blocat și a survenit un cheag de sînge, o tromboză. Se depistează și se previne o embolie.

Dr. N. POPOVICI



Picior plat;
abducția antepiciorului.

AVEȚI PICIOR PLAT

Cea mai răspîndită dintre deformațiile piciorului este piciorul plat. Din 8 bolnavi care se prezintă la consultațiile de ortopedie, unul are picior plat, iar unele statistici menționează că din tinerii prezentați la recrutare aproape o treime (28%) prezintă picioare plate. În general, la adolescenți apar și primele dureri, de unde și caracterizarea de „tarsalgia adolescenților" sau „crampa piciorului". În meseriile care cer eforturi îndelungate cu stat în picioare, piciorul plat este o cauză de suferință cronică. El poate să apară însă și după boli infecțioase prelungite, sau imobilizări la pat prin slăbirea musculaturii și reluarea bruscă a mersului.

Piciorul plat se caracterizează prin prăbușirea bolții longitudinale și transversale a piciorului, datorită în special hiperlaxității ligamentare și insuficienței musculare care interesează toți mușchii piciorului. Această insuficiență musculo-ligamentară poate să fie cauzată de factori diferiți: endocrini, umorali, toxiinfecțioși, traumatici etc., care produc modificări în structura țesuturilor și le scad rezistența biomecanică. Modificările fac ca bolta să scadă în înălțime și să se aplatizeze.

La început, piciorul plat este reductibil. Există dureri locale fără contractură. Bolnavul are la sfîrșitul zilei o stare de oboseală dureroasă mai ales după mers îndelungat, care cedează însă la repaus. Privit din spate, călcîiul (calcaneul) este deviat în afară (în valgus) și axa mediană a gambei face cu călcîiul un unghi obtuz deschis în afară (dreapta, jos). Privită din față, laba piciorului (antepiciorul) este deviată în afară, iar marginea internă a tălpii se sprijină pe podea în totalitate.

Se observă că bolta care în mod normal este arcuită intern vine în contact cu solul, iar pe fața internă a piciorului privită în totalitate proemină maleola tibială superior și capul astragulului care s-a înclinat inferior (stînga, sus).

În general, extremitățile inferioare sînt reci, cu tulburări vasculare.

În această primă fază, îndreptarea piciorului este posibilă, articulațiile fiind încă suple.

Ulterior însă durerile se accentuează, jenează pasul și staționea îndelungată în picioare. Apar crampe musculare prin suprasolicitare. Mersul devine șchiopătat și picioarele se deformează neregulat. Urcatul scărilor se face greu, căci sprijinul se face pe laba piciorului și turtirea bolții se accentuează, exagerînd durerile. Coborîtul scărilor se face pe călcîi. Pentru a se sprijini mai mult pe călcîi în mers, bolnavii umblă cu vîrful picioarelor îndepărtate.

Reducerea manuală a deformației devine treptat imposibilă din cauza contracturii piciorului. Deformarea se fixează și se accentuează, marginea internă a piciorului se acoperă de bătături și inflamații. Apar subluxații între oasele piciorului și artroză deformantă.

Plantograma (amprenta plantară), fotopodograma, radiofotopodograma, podostatigrama, examenul podoscopic, radiomanometria plantară sînt o serie de metode de inves-

tigare ale specialiștilor ortopezi pentru aprecierea deformațiilor și a zonelor de sprijin și presiune maximă a plantei pentru înregistrarea caracteristicilor funcționale ale piciorului.

Încălțămintea, pe lîngă faptul că poate contribui și ea la deformarea piciorului, este la rîndul ei deformată în piciorul plat pe fața internă, iar talpa și tocul sînt uzate pe marginea interioară.

În afara unor forme particulare la copii menționăm așa-zisul „picior plat fără picior plat" care apare la adulți și bătrîni prin supraîncărcare în greutate și obezitate, agravate de factorul profesional.

Piciorul este dureros, cu iradieri pe întreg membrul inferior, cu ligamente scleroase fără elasticitate, cu edem difuz.

Profilaxia piciorului plat începe chiar înainte ca micul copil să înceapă să meargă. Medicul pediatru sau cel ortopedist vor da indicațiile necesare pentru corectarea piciorului plat congenital. Copilul trebuie lăsat să se ridice spontan în picioare și nu trebuie silit. Orice probă din partea părinților de a face pe copil să meargă mai repede poate duce la deformări ale bolții piciorului. Pentru întîrzierile de mers se va cere sfatul medicului. După ce copilul a început să meargă trebuie lăsat să umble și să se joace cu picioarele goale pentru ca musculatura piciorului să se dezvolte armonios. Mersul pe teren neregulat, prundiș, constituie un stimulent pentru contracția ritmică și tonificarea bolții piciorului.

Gimnastica rațională, încălțămintea fiziologică, igiena întreține funcția normală a piciorului. Curățenia și baia picioarelor, masajul și gimnastica sînt metode uzuale, pe care trebuie să le cunoască și să le practice oricine.

Tratamentul folosește mijloace variate, medicale, ortopedice, fizioterapice și chirurgicale în cazurile evoluate.

Prima metodă conservatoare constă în masaj și gimnastică. Ele nu trebuie însă exagerate pentru a nu provoca dureri și a nu obosi și mai mult bolnavul. Se folosesc în special mișcările active în vederea exersării mobilității labei piciorului și schemele de gimnastică cuprind mersul pe vîrful degetelor, mersul pe marginea externă a piciorului, urcatul și coborîtul treptelor, apucarea cu degetele piciorului etc.

Programul complex de gimnastică nu trebuie să depășească 10—15 minute și exercițiile se fac cu picioarele goale, dimineața la sculare, fiind îmbinate cu mișcări ale membrelor superioare și ale trunchiului.

Se mai pot practica alergarea cu picioarele goale pe distanțe mici și fără viteză, înot, mers pe bicicletă cu axul pedalelor așezat în dreptul scobiturii piciorului. Se interzice însă practicarea unor sporturi cu mare solicitare, ca: sărituri în înălțime și lungime, ascensiuni, alergări de fond, jocuri cu fugă îndelungată (fotbal, baschet, tenis, volei), care obosesc musculatura piciorului și accentuează prăbușirea bolții.

Aplicarea unui susținător plantar are rolul de menținere a bolții plantare și reducere a durerilor, de împiedicare a diformității și artrozei. El trebuie însă să fie confecționat după forma corectată a piciorului, să susțină moderat bolta plantară pentru a nu împiedica mișcarea de resort a piciorului, să nu jeneze mușchii, nervii și vasele, să nu provoace strîmtarea încălțămintei. Tocul trebuie să fie suficient de înalt pentru a relaxa contractura tendonului ahilian. Încălțămintea fără toc sau cu toc mic (pantofii de tenis) este obositoare și accentuează deformarea.

În general, metodele conservatoare se utilizează în formele reductibile de picior plat. În celelalte forme se va respecta indicația medicului ortoped specialist, ele necesitînd un tratament îndelungat și complex.

Dr. N. POPOVICI

Picior plat;
pronația calcaneului

ȘTIAȚI CĂ.....

...Automobilul, cancerul și bolile de inimă rămîn primele cauze de moarte în țările civilizate? În unitățile de îngrijire intensivă moderne se duce o luptă continuă pentru salvarea bolnavilor care sufăr accidente acute cardiace sau infarcte.

Supravegherea continuă face posibilă intervenția la nevoie în fiecare secundă pentru aceste cazuri considerate urgențe absolute și totale permanente timp de 5—6 zile, pînă este învinsă criza sau accidentul acut.

Pentru supravegherea bolnavilor se folosesc mașini electronice care înregistrează continuu electrocardiograma și presiunea arterială. Bolnavul poate să-și miște în pat membrele și să se alimenteze, dar este în permanență sub controlul automat al mașinilor electronice prin electronii toracici atașați. Pe ecranul luminos se vede cum se desfășoară și oscilează electrocardiograma bolnavului. Medicul de serviciu supraveghează ce se petrece. Semnalizatoarele automate sînt reglate după fiecare pacient, astfel că dacă ritmul depășește spre exemplu 130 pentru unul sau 160 pentru altul, sau dimpotrivă scade sub 30 sau 25 de contracții, se declanșează o sonerie puternică. Supraveghetorul vede imediat dacă bătăile sînt prea rapide sau prea lente și intervine rapid, în timp util, în tratamentul care se impune.

SÎNT PRIMEJDIOȘI VERMII INTESTINALI

Cine nu a avut sau nu a auzit de „limbrici", oxiuri sau tenie? Cîți cunosc însă „biografiile" acestor paraziți și deci modul cel mai eficace în care ne putem feri de ei — pe noi, dar mai ales pe copiii noștri?

Parazitismul reprezintă un echilibru biologic particular, mai mult sau mai puțin stabil, între două vietăți: *gazda* — în medicină omul — și *parazitul* — plante (ciuperci) sau animale (de la microscopicii hematozoari ai malariei, tripanosomele bolii somnului sau amibele dizenterice, la tenia, de peste 10 m lungime). Locul cel mai important îl ocupă, prin varietatea speciilor, diversitatea simptomelor și uneori gravitatea lor, viermii (helminții) intestinali. Este vorba, la om, de paraziți *ocazionali* (anumite specii de la animale, adaptate cîteodată la organismul uman), *obișnuiți* (ascaridul, oxiurul) sau *specifici* (tenia, de exemplu, care nu poate trăi decît la om).

Viața unui astfel de vierme se desfășoară ciclic, în trei etape mari: *adultul*, a cărui gazdă este denumită „definitivă", *ouăle*, pe care le depune, și una sau mai multe faze *larvare* succesive, care se pot dezvolta tot la același animal sau la un număr variabil de gazde zise „intermediare". Omul, parazitat în general de forma adultă, cu localizare obișnuit intestinală, joacă rol de gazdă definitivă; există însă și cazuri inverse.

Viermii intestinali ai omului fac parte din trei clase: *cestodele* (= panglici), *trematodele* și *nematodele* (paraziți „rotunzi", de tipul ascaridului).

Primele, cu aspectul unei panglici de cîțiva milimetri pînă la 15—20 m, sînt formați dintr-un cap cu ventuze și uneori cu cîrlige („scolex") și un număr de segmente („proglote"), relativ asemănătoare

ca structură, dar din ce în ce mai mature, organizate fiecare independent (cu aparat reproducător și sistem nervos, dar fără tub digestiv); ele își absorb hrana direct din lichidul intestinal și produc un număr imens de ouă, din care iau naștere embrioni înzestrați de obicei cu 6 cîrlige („hexacant"). Proglotele și ouăle sînt eliminate la exterior o dată cu fecalele purtătorului.

La *teniile* propriu-zise, embrionul acesta este înghițit, o dată cu nutrețul, de porci sau boi, la care se dezvoltă o larvă ca un balonaș cu lichid („cisticerc"), care fixată pe mușchi dă cărnii aspectul „măzărat", căutat de veterinari; insuficient friptă sau fiartă, aceasta transmite omului parazitul. La alte cestode, formele larvare necesită pentru dezvoltarea lor mai multe gazde intermediare, ca de exemplu diferite animalicule acvatice, în cazul *botriocefalului* (luat prin carnea de pește dar mai ales icrele crude de știucă), sau mici insecte din blana cînelui ori a pisicii, ale căror larve sînt digerate o dată cu praful de pe mîini (viermele *dipilidium*, de exemplu).

Există însă și cazuri, în care omul este parazitat de forma larvară a teniei; ele sînt mult mai grave, pentru că larva se dezvoltă în interiorul unor organe vitale, cum ar fi creierul („cisticercoza", provocată de larvele teniilor obișnuite); un alt astfel de vierme de cîțiva milimetri, *Taenia echinoccocus*, trăiește în intestinul cînelui; ouăle sale sînt luate de persoanele (și mai ales copiii) care intră în contact cu animalul, trec în sînge și dezvoltă în ficat, plămîn, splină sau alte organe, niște sfere, umplute cu lichid și larve, depășind uneori dimensiunile unui cap de om, așa-zisele *„chiste hidatice"*.

Trematodele („*trema*" = gaură) denumite astfel pentru că par a avea 2 orificii (cel al tubului digestiv și o ventuză) au de obicei forma unei semințe de dovleac și se dezvoltă în căile biliare din ficatul ovideelor, bovideelor, pisicilor sau cîinilor, provocînd ictere: „gălbeaza oilor". Fazele larvare succesive multiple pot trece și la om, unde adultul ajunge din intestin, prin căile biliare, în ficat, provocînd afecțiuni grave, dar din fericire rare.

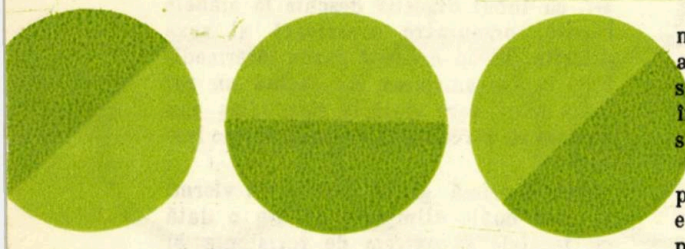
Cei mai frecvenți viermi — mai ales la sate — sînt însă cei rotunzi, *nematozii*, cu tubul digestiv deschis la ambele capete, organizare superioară și sexe diferite. Ei nu necesită gazde intermediare, în transmiterea lor jucînd un rol mare solul, care ajută la răspîndire sau pe care se dezvoltă chiar unele forme larvare.

Într-o primă grupă intră acei viermi la care ouăle eliminate de om o dată cu fecalele și extrem de rezistente în mediul extern se maturează pe pămînt și sînt răspîndite — cînd nu există closete — de ploi, prin îngrășarea naturală a ogoarelor, de muște, animale domestice etc. La *ascarizi* („limbrici", „gogi"), embrionul ingerat se transformă în larvă, aceasta trece prin peretele intestinului și sînge în plămîn (unde poate provoca adevărate pneumonii), iese prin bronhii și este reînghițită, dînd naștere adultului. Un alt vierme mult mai mic (3—4 cm), *trihocefalul* este denumit astfel pentru că extremitatea sa anterioară are forma unui fir de păr, cu ajutorul căruia se însăilează în mucoasa intestinului și „suge" sîngele necesar hrănirii sale.

O a doua categorie este formată de nematozii al căror ciclu de viață este dublu; generația „liberă" de larve și adulți se dezvoltă pe sol din ouăle eliminate, pătrunde apoi prin pielea omului și dă naștere aici unei a doua generații, parazite. *Strongiloidul*, deși foarte încăpățînatla tratament, este mai puțin primejdios decît *anchilostoma*, vierme de 10—20 mm, care are nevoie pentru dezvoltarea sa pe sol de umiditate

și o temperatură de 20—30°; aceste condiții se realizează în zona tropicală sau — în regiunile noastre — în minele de profunzime. Parazitul posedă doi spini cu care perforează mucoasa intestinului, aspirînd apoi cantități însemnate de sînge; ținînd seama de numărul mare al viermilor la un același bolnav (cîteva sute sau mii), precum și de faptul că sîngele — făcut incoagulabil de o secreție a glandelor viermelui — curge mult timp, înțelegem gravitatea anchilostomiazei.

Oxiurul, acel mic viermișor (3—5 mm) care se mișcă vioi în jurul orificiului



anal și în fecale, provocînd o mîncărime adesea insuportabilă, își răspîndește ouăle, deja mature, cu praful, la toți membrii familiei sau, prin degetele și unghiile murdărite la scărpinat, duce la autoinfestarea bolnavului.

Mai menționăm în sfîrșit *trichina*, nematod minuscul, care trăiește la porc; larvele sale se închistează în mușchii animalului, fiind transmise o dată cu carnea insuficient friptă (în special afumături ori cîrnați de porc, dar mai ales de mistreț). La om, determină trichinoza, o boală gravă, cu febră, dureri insuportabile, slăbire.

Amintim că cercetătorii români în frunte cu regretatul profesor Leon au adus importante contribuții la studiul parazitologiei, descoperind o serie de noi specii, dintre care două poartă denumirea de „jassyense", de la orașul Iași.

Tulburările pe care le pot provoca viermii sînt extrem de variate. Localizarea intestinală duce la slăbire și lipsa de dezvoltare a copiilor datorită consumării substanțelor nutritive de către aceștia (teniaza, ascaridioza), la o anemie gravă, cînd dă naștere la sîngerări (anchilostomiaza), precum și la diferite fenomene nervoase care pot merge de la nervozitate și oboseală, pînă la „epilepsie" sau „meningită"; altădată pot apărea ocluzii intestinale, prin ghemuri de ascarizi, de exemplu. Localizarea hepatică (trematode) duce la icter, infecții ale ficatului etc. Circulația larvelor prin piele (strongiloidoza) sau plămîni (ascaridioza), sau fixarea lor în mușchi, creier (cisticercoza) sau viscere (chistul hidatic), determină îmbolnăvirea adesea gravă a organelor și țesuturilor respective.

Diagnosticul verminozelor intestinale se pune pe baza eliminării spontane a parazitului sau a descoperirii microscopice a ouălor caracteristice în scaun; în cazul celorlalte localizări sînt necesare examene speciale.

Profilaxia verminozelor se realizează prin întreruperea ciclului biologic de evoluție caracteristic fiecărei specii în parte. Examenul veterinar și evitarea consumului de carne suspectă sau insuficient preparată, combate contaminarea cu tenii, botriocefal, trichină. Interzicerea jocului cu pisici sau cîini, precum și spălarea mîinilor, ne feresc copiii de diphilidium, ascarizi sau chist hidatic. O bună igienă (baie corporală, curățirea mîinilor și tăierea unghiilor) apără membrii familiei de oxiuri.

Problema cea mai dificilă rămîne însă pentru toate verminozele împiedicarea răspîndirii ouălor o dată cu fecalele. Sînt necesare măsuri complexe: o educație sanitară susținută, igienă personală, spălarea legumelor și eventual fierberea lor. Din păcate ouăle sînt foarte rezistente, singurul mijloc într-adevăr eficace rămînînd de aceea numai folosirea pe scară largă a măsurilor de igienă comunală: closete etanșe, irigarea și îngrijirea corectă a culturilor (nu cînd zarzavaturile sînt în rod) etc.

Tratamentul verminozelor trebuie efectuat numai sub supraveghere medicală.

Dr. TEODOR GHEORGHIU

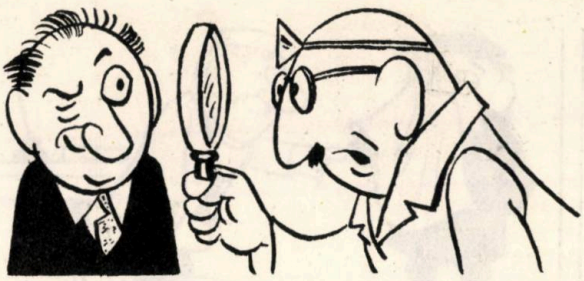
• **Doctorului X** *nu-i plăcea să fie deranjat în timpul nopții. Un cetățean veni cu toate acestea și-l sculă pentru un caz, care credea că este foarte grav.*

— Băiatul meu a înghițit un șoarece, spuse el foarte necăjit.

— Foarte simplu, răspunse medicul, să înghită o pisică și lăsați-mă să dorm.

• **Medicul către pacient** *— Pulsul dumneavoastră este foarte neregulat; cu siguranță că obișnuiți să beți cîte un păhărel de vin ceva mai mult.*

Pacientul *— Da, doctore, eu beau foarte regulat și de aceea mă mir cum de pulsul meu este așa de neregulat.*



• **Medicul către pacient**

— Cazul dumneavoastră îmi pare foarte grav — constat după ochiul dumneavoastră că aveți o inflamație renală, un reumatism articular...

Pacientul. *— Doctore, încearcă și la celălalt ochi, acesta pe care mi-l examinezi este din sticlă.*

• **O soție la medic**

— Doctore, sînt disperată; soțul meu cred că este atins de o surditate subită.

Doctorul *— Și cum ați constatat aceasta?*

Soția *— I-am cerut să-mi cumpere o haină de astrahan și o pereche de nurci.*

• **Medicul către pacient** *— Nu fumați de loc?*

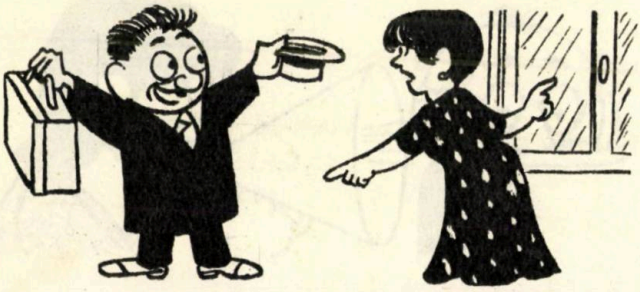
Pacientul *— Nu, doctore.*

Medicul *— Foarte rău, căci eu voiam să vă interzic de a mai fuma.*

● **La medic**

— Doctore, ce trebuie să iau pentru guturai?

— Ia cîteva batiste și dacă nu vă merge bine veniți să mă revedeți.



● **Soțul reîntorcîndu-se de la băi se adresează soției:**

— Draga mea, sînt foarte fericit! Poți să mă feliciți că am scăpat de reumatism. Ce părere ai?

— Ah! zise soția; sînt mulțumită, numai că noi nu vom mai ști niciodată cînd se va mai schimba timpul.

● **Medicul către pacient, pe care-l consultă:**

— Acum respirați profund și ziceți nouă, de trei ori.

Pacientul după ce a respirat profund — 27.

● **Tot la medic**

Pacientul — *Ce părere ai doctore? Aș putea să trăiesc 100 de ani ca tatăl meu?*

Medicul — *Ce vîrstă ai acum?*

Pacientul — *55 de ani.*

Medicul — *Duceți o viață dezordonată?*

Pacientul — *Dimpotrivă, duc o viață foarte ordonată.*

Medicul — *Obișnuiți să beți băuturi (vin, țuică, coniac etc.).*

Pacientul — *Nu beau absolut niciodată asemenea băuturi.*

Medicul — *Fumați?*

Pacientul — *Nici măcar nu pot suferi mirosul de tutun.*

Medicul — *Mîncați mult?*

Pacientul — *Nu! Sînt foarte cumpătat.*

Medicul — *Atunci, dragul meu, la ce bun să trăiești 100 de ani?*

CUM CIT

ȘI DE CE TREBUIE SĂ SE JOACE COPIII?

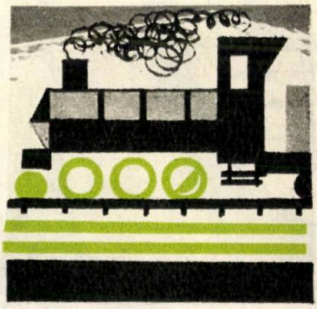
Pentru orice copil, jocul reprezintă o necesitate vitală. Prin joc, copiii realizează forme variate și totdeauna utile ale mișcării, capătă încredere în forțele lor, își coordonează activitatea nervoasă, dobîndesc curaj, spirit de inițiativă și de organizare, devin mai sociabili. Toate acestea îndreptățesc să se afirme că jocul constituie un stimulent deosebit de prețios pentru creșterea și dezvoltarea lor armonioasă, pentru formarea caracterului, pentru asigurarea sănătății.

Copiii simt nevoia jocului încă din primele luni de viață. De cum depășesc vîrsta de 3 luni, jucăriile colorate și sonore, agățate deasupra leagănului sau pătucului, le suscită interesul, îi amuză. În lunile următoare se distrează apucînd obiectele pe care le au la îndemînă.

Cînd se fac mai măricei, copiii trebuie lăsați să zburde în voie, să se joace nestingheriți, după placul lor, să-și alcătuiască modalități de joc după propria lor inspirație. Cînd dovedesc lipsă de inițiativă în acest sens sau manifestă înclinații spre unele jocuri nepotrivite

numeroasă, ca de pildă: „nu fugi!", „vezi să nu cazi!", „nu țipa așa!" sau prin diferite alte apostrofări care, nu numai că nu sînt educative, dar dăunează acțiunii de călire a organismului și dezvoltării normale neuropsihice.

Copiii trebuie să se joace ori de cîte ori simt nevoie. Vor fi îndemnați să prefere jocul cu copii de vîrste apropiate și cît mai mult în aer liber, indiferent de anotimp.



vîrstei, evident pot și chiar trebuie să fie ajutați, sugerîndu-li-se și organizîndu-le jocuri care să-i intereseze și, pe cît posibil, instructive.

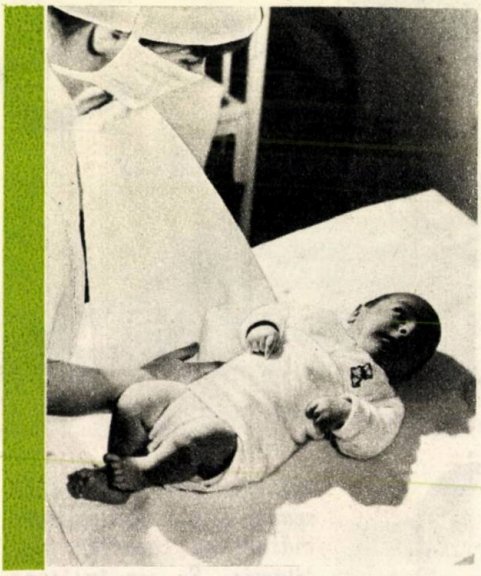
Părinții și educatorii au obligația să pregătească condiții de mediu corespunzătoare bunei desfășurări a jocului și să-i supravegheze, spre a-i feri de accidente. În nici un caz însă jocul nu trebuie frînat prin observații restrictive prea

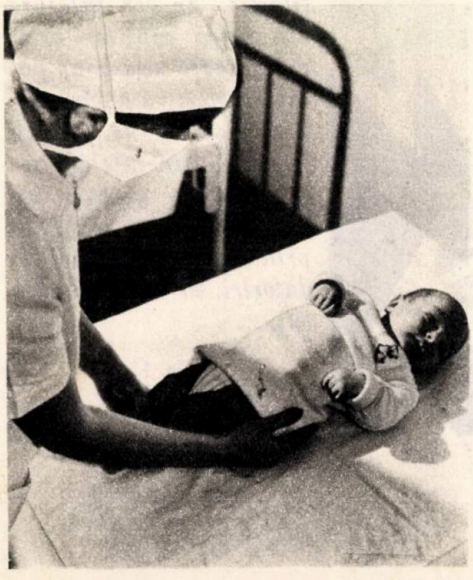
Părinții trebuie să țină totuși seama și de unele necesități de dirijare a jocului, spre a nu crea conflicte între acesta, pe de o parte, și între orele destinate somnului, hranei și alte activități strict necesare în raport cu vîrsta și starea constituțională a copiilor, pe de altă parte. În felul acesta, copiii vor fi feriți de oboseală, se vor dezvolta bine, vor fi sănătoși și fericiți.

Elevii au nevoie și ei, firește, de destindere, de odihnă activă, care, mai ales în primii ani de școlaritate, se manifestă printr-o atracție deosebită spre diferite jocuri, uneori destul de copilărești. A frîna această pornire firească și a-i constrînge să-și ocupe în exclusivitate timpul liber cu diferite îndeletniciri care le răpesc orele de joc este o mare greșeală. Procedînd astfel, rezultatele negative nu vor întîrzia să apară. Copiii vor deveni mai curînd sau mai tîrziu necomunicativi, lipsiți de vigoare, de inițiativă și de personalitate, cu rezistența generală a organismului scăzută față de diverse agresiuni microbiene.

Pentru prevenirea unor accidente și intoxicații acute în timpul jocului este bine să se țină seama de necesitatea unor măsuri cu caracter profilactic. Se vor înlătura din calea copiilor orice posibilități care le-ar putea provoca vătămări corporale și vor fi inițiați — fără, bineînțeles, a-i înfricoșa — asupra pericolelor la care se expun prin nesocotirea unor îndatoriri în timpul jocului.

Dr. I. LEONESCU





ÎNFĂŞATUL ŞI ÎMBRĂCATUL COPILULUI MIC

Atunci cînd manevrele întrebuinţate la îmbrăcat şi înfăşat sînt neîndemînatice, ele produc copilului o senzaţie neplăcută, care se traduce prin nervozitate şi plîns. Pentru desfăşurarea în bune condiţii a înfăşatului se vor pregăti pe masa de înfăşat cele necesare, în ordinea următoare: scutecul gros, bucata de material plastic, scutecul pătrat din finet, scutecul de pînză îndoit în triunghi, cămăşuţa de finet îmbrăcată în cămăşuţa de pînză. Înfăşatul se face astfel:

Timpul I: din triunghi se face un pantalonaş (colţul inferior se trage în sus, între picioarele copilului, iar colţurile laterale se petrec unul peste altul, în jurul abdomenului, punîndu-se cele două capete ale triunghiului unul peste altul). La copilul pînă la 6 luni, capetele triunghiului se pot prinde cu ace de siguranţă. *Atenţie la închisul corect al acelor de siguranţă!*

Timpul al II-lea: se iau scutecele şi materialul plastic şi se înfăşoară în jurul corpului copilului. Ultimul scutec se îndoaie în partea de jos şi se prinde cu un ac de siguranţă. Peste scutecul mare, gros, se trage o faşă la mijlocul corpului, la baza toracelui. Mîinile copilului nu trebuie înfăşate, iar copilul nu trebuie strîns prea tare. Nu este recomanda-

bil să se lege faşa şi în jurul membrelor inferioare; strîmbarea acestora nu poate fi împiedicată decît prin profilaxia corectă a rahitismului. Cînd sugarul a depăşit 6 săptămîni de viaţă se poate renunţa la scutecul drept şi se foloseşte triunghiul de pînză care se face pantalonaş, apoi se pune triunghiul de plastic şi eventual un chilot din material tetra. În timpul iernii şi în casă se poate întrebuinţa peste chilot sau peste scutecul făcut pantalonaş un sac de finet sau un pantalon cu botoşei, care lasă libere membrele inferioare. Atît pantalonul cu botoşei, cît şi sacul se pot confecţiona din scutecele care au fost folosite în primele săptămîni de viaţă ale copilului.

Cînd se schimbă copilul? De 6—8 ori pe zi, şi anume înainte de fiecare masă şi după baie. Dacă îl schimbăm mai des, copilul se deprinde cu aceasta: va urina mai des, va cere prin plîns şi ţipete să fie schimbat de fiecare dată. El încearcă astfel să impună mamei şi celor din jur să se ocupe cît mai des de el. Schimbînd copilul mai rar îi formăm deprinderea de a urina mai rar. Aceasta ne va folosi la 6—7 luni, cînd îl putem obişnui să urineze la oală. Subliniem că este bine ca înfăşatul să fie făcut înainte de supt, pentru a nu mişca şi tulbura copilul după aceea; în caz contrar putem provoca vărsături şi îi întîrziem adormitul.

Pentru a evita iritarea pielii copilului va trebui ca înainte de a-i schimba rufăria să-l spălăm bine de urină sau materii fecale cu apă călduţă, folosind un tampon de vată pe care apoi îl aruncăm. Insistăm ca pielea să nu fie pudrată cu talc sau cu ulei înainte de a fi spălată bine de urină sau materii fecale, deoarece grăsimea adăugată peste pielea murdară favorizează apariţia iritaţiilor.

Dr. G. VASILIU

TRUSA MEDICALĂ DE EXCURSIE

	Cînd se foloseşte	Denumirea medicamentului	Modul de întrebuinţare
MEDICAMENTE INTERNE	Dureri de cap, de dinţi, musculare	Antinevralgic	Cîte un comprimat de 3 ori pe zi
	Diaree, infecţii intestinale	Saprosan	Cîte un comprimat de 3—4 ori pe zi, la interval de 6—8 ore
	Colici abdominale	Lizadon	1—3 tablete pe zi pentru adulţi
	Tuse	Expectorant	3—4 tablete pe zi
	Insomnii, stări nervoase	Extraveral	Cîte 1 tabletă de 3 ori pe zi, la interval de 4 ore
DEZINFECTANTE EXTERNE ŞI MATERIALE DE PANSAMENT	Pentru spălarea rănilor sau pentru gargară	Perogen	Pentru gargară se dizolvă o tabletă într-un pahar cu apă, iar pentru spălarea rănilor 3—4 tablete într-un pahar cu apă
	Fricţiuni sau ca dezinfectant extern	Alcool	Pentru răni se întrebuinţează curat sau amestecat cu apă în părţi egale
	Răniri	Sulfamidă pulbere	Pentru pudrarea rănilor
	Răniri	Leucoplast	Fixarea pansamentelor
	Răniri	Pansament individual	Pansarea rănilor

ESTE MENOPAUZA

Potrivit unei credințe greșite și adînc înrădăcinate în mintea multor femei, climacteriul nu reprezintă ceea ce este în realitate, numai o etapă din viața femeii, ci un fel de început al sfîrșitului. În cele de mai jos vom căuta să lămurim care este adevărul științific în această problemă.

Climacteriul este perioada din viața femeii care face trecerea între etapa de maturitate și bătrînețe. Termenul climacteric derivă de la cuvîntul grecesc „climox", care înseamnă treaptă sau scară și arată că desfășurarea acestei perioade se face în etape. Deoarece încetarea menstruației este simptomul cel mai caracteristic, climacteriul este adesea identificat cu menopauza (etimologic, *menopauză* înseamnă oprirea fluxului menstrual). În realitate, menopauza este numai una din treptele climacteriului.

Vîrsta la care începe climacteriul, durata, ca și simptomele variază de la femeie la femeie; este în jurul vîrstei de 42—45 de ani și durează în medie 8—10 ani.

Din cauza noului echilibru hormonal și metabolic care se stabilește acum, se produc modificări funcționale atît la nivelul aparatului genital, cît și în întreg organismul femeii. Menstruațiile sînt la început mai abundente, uneori pot deveni mai frecvente, putînd apărea sîngerări între două cicluri.

Simultan apar dureri la sîni, dureri articulare, senzație de balonare, palpitații și creștere în greutate. Echilibrul psihic al femeii este și el influențat în această perioadă. Fenomenele descrise iau în ochii unora dintre femei proporții catastrofale, sîngerările sînt interpretate ca manifestări ale unui cancer genital, iar palpitațiile drept simptome ale unei grave afecțiuni cardiace.

Alarmate, ele aleargă la medic și cînd află că cauza tulburărilor de care se plîng este climacteriul încearcă, uneori fără prescripția medicului, diverse tratamente medicale. Administrarea de foliculină într-o perioadă cînd există deja o hi-

Știați că.....

...Importanța sîngelui pentru viața omului a fost recunoscută încă din epoca primitivă a existenței umane? Așa se explică de ce învingătorii beau sîngele învinșilor valoroși, pentru a căpăta virtuțile și forța lor.

...Prima transfuzie de la om la om se pare că a avut loc în Italia, cînd 3 tineri au „donat" sînge papei Inocențiu al VIII-lea, bineînțeles cu rezultate fatale pentru toți?

●

...În cursul secolului al XVI-lea s-au făcut încercări „științifice" de transfuzii între diferite animale și de la animale la oameni?

●

...Datorită eșecurilor repetate ale transfuziilor, parlamentul francez a interzis transfuzia, spre sfîrșitul secolului al XVI-lea?

●

...Principiul circulației sanguine a fost descoperit de Harvey în anul 1628?

O „PERIOADĂ CRITICĂ ?..”

perfoliculinemie fiziologică nu face decît să accentueze tulburările, iar administrarea de testosteron, spre exemplu, să ducă la apariția fenomenelor de virilism, ca: îngroșarea vocii și creșterea părului pe față. De aceea, atît tratamentul hormonal, cît și cel bazat pe calmante ale sistemului nervos trebuie indicat, dirijat și individualizat numai de către medic. De altfel, tratamentul medical reprezintă numai unul din mijloacele de remediere a tulburărilor complexe care se produc în această perioadă. Menținerea lor în limite tolerabile depinde în bună măsură de voința femeii înseși. O femeie angajată într-o activitate susținută, mai puțin preocupată de propria ei persoană, va putea suporta indispozițiile acestea trecătoare fără medicație specială.

Încetarea definitivă a menstruațiilor care marchează instalarea menopauzei se însoțește de obicei de estomparea fenomenelor neplăcute de mai înainte. Se accentuează pentru o perioadă de timp tulburările vasomotorii caracterizate prin valuri de căldură, transpirații abundente, care însă cu un tratament medical adecvat pot fi ușor suportate.

Este greșită părerea că menopauza înseamnă abandonare și renunțare la viața sexuală. Funcția endocrină a ovarelor care se menține la un prag scăzut încă multă vreme, impregnarea hormonală a organismului din timpul tinereții, păstrează și prelungește potențialitățile afective ale scoarței cerebrale, permițînd continuarea activității sexuale. Încet, încet, toate tulburările subiective dispar. Departe ca această vîrstă să implice un declin fizic sau intelectual, femeia își poate continua nestingherită activitatea profesională.

Experiența unei întregi vieți reduce problemele personale, ca și conflictele cu cei din jur, la adevăratele lor dimensiuni. Echilibrul psihic la această vîrstă devine predominant și el înseamnă înțelepciune și seninătate.

Dr. D. GHEORGHIU

...Descoperirea grupelor sanguine, făcută în 1901 de dr. Landsteiner (Viena) și apoi utilizarea citratului de sodiu împotriva coagulării sîngelui (dr. Hustin, 1914) au rezolvat problemele majore ale transfuziei?

●

... **Mayer Robert** (1814—1878), medic și naturalist german, unul din întemeietorii teoriei mecanice a căldurii, a fundamentat așanumita „primă lege a termodinamicii”?

●

... **Helmholz Herman** (1821—1894), celebru fizician și fiziolog german, este cea mai de seamă personalitate a gîndirii științifice din cea de-a doua jumătate a secolului al XIX-lea? El a elaborat teoria văzului, a excitanților auditivi, legea armoniei și a disonanței.

●

...**Kaellinker Albert** (1817-1905), mare savant german, a lucrat mult în domeniul anatomiei microscopice și embriologiei? El a efectuat o serie de perfecționări în tehnica microscopică.

SĂ NE PREGĂTIM PENTRU NAȘTERE

Deoarece nu există încă posibilitatea de a se determina cu exactitate matematică data și ora nașterii, care se poate declanșa oricînd de la începutul pînă la sfîrșitul lunii a noua de sarcină, gravida trebuie să se pregătească din timp pentru evenimentul pe care-l așteaptă cu nerăbdare și cu o curiozitate amestecată cu oarecare emoție.

Pentru ca emoția să nu se transforme în teamă — care nu este cu nimic justificată — gravida trebuie să cunoască cîteva amănunte despre felul cum începe nașterea.

Cu aproximativ două săptămîni înainte de naștere, fundul uterului coboară două-trei laturi de deget sub capul pieptului. Apăsarea pe care uterul a exercitat-o asupra diafragmului dispare și respirația gravidei devine mai ușoară. Cu 24 de ore înainte de începerea durerilor de naștere, gravida elimină prin vagin o secreție vîscoasă abundentă, amestecată cu firișoare de sînge: dopul gelatinos care astupă colul uterin.

Semnul cel mai sigur de începere a nașterii sînt contracțiile uterine. Uterul se întărește pentru 20—30 de secunde și apoi se relaxează. Contracția uterină este însoțită de dureri în regiunea lombară și în partea inferioară a abdomenului. La început,

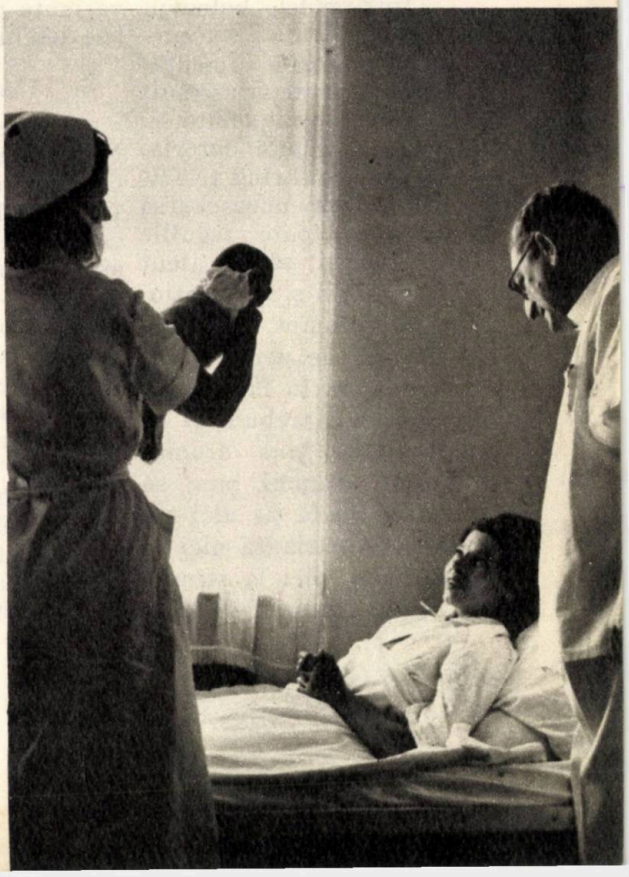
contracțiile sînt rare, la 15—20 de minute. Din momentul începerii contracțiilor uterine și pînă la naștere trec în medie 12 ore, deci timp suficient ca femeia să ajungă la maternitate fără grabă și agitație inutilă.

Pregătirile pentru naștere constituie pentru gravidă o preocupare utilă și plăcută în același timp. În afară de pregătirea rufăriei copilului, gravida trebuie să se preocupe din timp de schimbările pe care sosirea copilului le va aduce în viața familiei. Ea trebuie să se îngrijească de locul cel mai potrivit unde va așeza pătuțul sau coșulețul copilului, de locul unde i se va face baie și de un dulap sau raft separat pentru lenjeria celui mic. E bine ca în primele luni copilul să fie culcat într-un coș de nuiele care poate fi ușor mutat în cameră, pus în fața geamului sau scos în curte sau pe terasă, după anotimp. Coșulețul trebuie să fie îmbrăcat pe dinafară și pe dinăuntru cu o pînză cu colorit vesel și care se poate spăla ușor. Copilul este bine să doarmă pe o saltea tare, umplută cu fîn proaspăt și fără nici o perniță pentru a nu-și deforma coloana vertebrală.

De asemenea, trebuie pregătită din timp valiza cu lucrurile necesare în timpul internării în maternitate. Aceasta trebuie să cuprindă 2—3 prosoape, șosete, batiste, o băsmăluță, obiecte de toaletă, pastă, periuță de dinți, săpun, periuță de unghii, eventual un lucru de mînă și 2—3 cărți de citit. La acestea se mai pot adăuga o cană sau un pahar și o linguriță, iar ca alimente, 1—2 lămîi și puțin zahăr.

Dacă sarcina s-a desfășurat în condiții normale și gravida a respectat sfaturile primite de la medic, ea poate păși liniștită pragul maternității, convinsă fiind că acolo va fi îngrijită cu devotament și pricepere.

Dr. D. GHEORGHIU



SCRISOARE DESCHISA CELOR PUȘI LA REGIM

Într-un fel, bolnavul cronic căruia i s-a prescris un regim alimentar special poate fi asemuit cu un conducător auto. El are nu numai datoria, ci în primul rînd INTERESUL să cunoască și să respecte toate regulile conducerii, să fie atent la cotituri și să reacționeze prompt în orice situație de pericol care i s-ar ivi în față. Încă ceva mai trebuie el să facă: să țină drumul drept, drumul bun, să nu se abată pe nici un fel de variantă nici la dreapta, nici la stînga. Ce i-ar rezerva cele două variante principale care i se deschid la tot pasul?

Varianta I

● Este varianta abaterilor mari de la regim. Cei care o adoptă spun în general cam așa: „recunosc că este foarte bun și important regimul care mi s-a prescris, dar nu-i posibil de respectat, pentru că... și pentru că...". Deci, ar fi bine, dar nu se poate. Iată cum faimoșii „factori obiectivi", atît de des chemați în ajutor de cei care înțeleg să-și facă prost datoria față de colectivitate, sînt invocați drept acoperire și în cazuri de încălcare a datoriei față de propria persoană. Dacă sînteți cumva și dumneavoastră partizan al greutăților obiective, trebuie să vă spunem că — în speța care ne preocupă aici — factorii în problemă sînt pur obiectivi. Vă rugăm să nu vă supărați, dar le vom zice pe nume, direct. Ei se numesc: *ignoranța* și *comoditatea*.

● Ignoranța este de mai multe grade. Cel mai avansat grad de ignoranță îl manifestă bolnavul care pur și simplu nu își cunoaște regimul. Dar cu acest fel de ignoranță nu prea ne mai întîlnim astăzi. Numaidecît după el vine bolnavul care știe că a fi la regim înseamnă a nu avea voie să consume anumite alimente, dar nu știe destul de bine care sînt cele permise. Urmează la rînd bolnavul care știe și ce are și ce nu are voie să mănînce, dar nu știe cum să-și întocmească, din gama alimentelor permise, meniuri cît mai variate și apetisante, care să-l ferească de a aluneca în păcatul încălcării.

● Unde intervine *comoditatea*? Înainte de toate, însăși obligația de a ști bine cum trebuie urmat un regim pretinde a nu sta degeaba, ci a acționa într-un anumit

fel: să stai de vorbă cu medicul, să întrebi, să-ţi faci însemnări, să-ţi procuri de la librărie sau de la policlinică broşuri şi cărţi cu sfaturi medicale, pe care să nu te mulţumeşti să le citeşti, ci să le studiezi, punîndu-le în corelaţie cu propriul mod de viaţă. Mai pretinde să urmăreşti ce apare prin ziare şi reviste, ce se spune la radio şi la televiziune ş.a.m.d.

● Tot comoditatea intervine de cele mai multe ori într-un sector esenţial, cel referitor la transpunerea în viaţă a cunoştinţelor acumulate. Zadarnic ştii cum *ar trebui* să procedezi, dacă nu pui în practică cele ştiute.

● În faţa listei cu alimentele interzise, nu vă lăsaţi pradă stării de spirit incomode căreia psihologii îi spun „sindrom de frustraţie". De exemplu, n-aveţi voie ceapă. Dar dumneavoastră, de fapt, nu v-a plăcut niciodată ceapa! Dacă o să vă gîndiţi bine, vă veţi da seama că la fel de insuportabile vă sînt multe altele din alimentele care v-au fost contraindicate. Ba chiar veţi mulţumi regimului dietetic impus de medic pentru că v-a scăpat de ele, măcar pentru un timp!

● Bine ar fi să existe ceva, un medicament din care să iei 3 pastile pe zi şi să nu mai trebuie atîta regim... Într-adevăr, bine ar fi! Ce păcat că este numai un vis, cel puţin deocamdată.

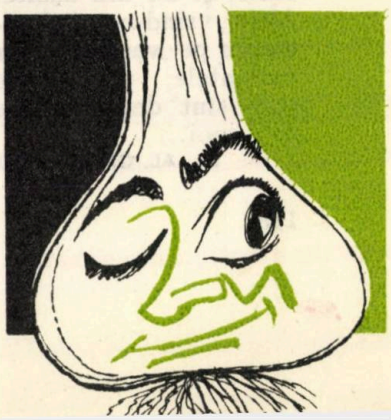
● Pentru cazul cînd le ştiţi perfect pe toate, dar nu credeţi că ar fi atît de grav dacă mai călcaţi pe delături cîteodată, vă invităm la următorul raţionament elementar: să presupunem că m-am abătut de la regim. Mă aşteaptă una din cele două eventualităţi, singurele posibile. Prima, să am noroc şi să ies cu faţa curată. A doua eventualitate o formează, bineînţeles, necazurile, respectiv complicaţiile, agravarea bolii. În fond este ca şi cum m-aş aşeza la o partidă de table cu condiţia ca atunci cînd pierd să dau doi lei şi cînd cîştig să nu iau nimic. Ce haz ar mai avea să joci table la o asemenea miză? Pe urmă, cînd este vorba de sănătate, merită să dai cu zarul?

Varianta a II-a

● Este varianta abaterilor în sens opus. Unii bolnavi îşi formează o concepţie potrivit căreia afecţiunea lor cronică ar fi determinat o fragilitate extremă a organismului. În definitiv, s-ar putea obiecta, un plus de prudenţă nu strică niciodată.

● Dacă bolnavul îşi impune restricţii alimentare peste cele dictate de medic şi nu mai iese din aceleaşi supe fade de legume, pireuri de zarzavat „pasat" şi macaroane „bine fierte", zicîndu-şi că se va vindeca mai repede cu un regim mai sever, el riscă să-şi vadă înşelate aşteptările. Regimul anost îl plictiseşte repede. Să-l schimbe, nu îndrăzneşte, aşa că începe să lase tot mai mult în farfurie. Rezultatul este subalimentaţia. Şi nu contează atît aportul redus din punct de vedere strict cantitativ, cît primejdia ca organismul să rămînă lipsit de una dintre cele mai preţioase componente ale hranei —, proteinele furnizate de carne, ouă şi lactate. Lipsa de proteine este un factor debilitant, care frînează evoluţia favorabilă a bolii, întîrzie restabilirea.

● În ansamblu, impunerea unui regim exagerat de restricţii, prin supralicitarea contraindicaţiilor medicale, duce



la cel puțin două neajunsuri serioase:

— privează organismul de unele elemente absolut necesare, în dauna nu numai a evoluției bolii, cum s-a arătat mai sus, dar și a capacității de a face față cerințelor activității profesionale și celorlalte obligații sociale;

— contribuie la întreținerea unei stări psihice dăunătoare, caracterizată printr-o preocupare neîntreruptă, apăsătoare și pătrunsă de un nejustificat pesimism în evaluarea perspectivelor de vindecare.

● Pentru unii hipertensivi și alți suferinzi dispuși să se considere oameni de sticlă, să mai citățm o veche butadă medicală, al cărei sîmbure serios și pe deplin rațional nu poate scăpa nimănui: „există boli pe care nu trebuie să le tratezi *prea mult*."

După cum se vede, a ține drumul bun și neted, singurul care duce la destinația dorită, nu este atît de simplu. Dar nici prea greu nu este. Tot secretul este să fim și să ne lăsăm informați din izvoare sigure, competente, și nu din auzite. Altfel, vrînd-nevrînd, nimerim pe variante. Iar variantele, precum se știe, sînt deseori pline de gropi...

Dr. AL. GHEORGHIU

Pubertatea nu este o vîrstă, ci o epocă care se întinde pe mai mulți ani; ea este epoca marilor prefaceri, atît somatice, cît și psihice, în care băiatul se transformă în tînăr, iar fetița păşeşte pragul feminității.

Vîrsta de apariție a pubertății are mari variații individuale, familiale și sociale. Factorii elementari, condițiile de mediu, factorii constituționali și educativi influențează instalarea pubertății. În țările nordice cu climă mai rece, apariția pubertății este întîrziată cu 2—3 ani, pe cînd în țările tropicale pubertatea se instalează mult mai repede. Evoluția pubertății durează în medie 4—5 ani.

Mecanismul de declanșare a pubertății este complex, nervos și endocrin: sub influența stimulilor plecați dintr-o anumită regiune a creierului numită hipotalamus, hipofiza secretă hormonii care vor declanșa la rîndul lor dezvoltarea testiculelor, respectiv a ovarelor. Sub acțiunea combinată a hipofizei, suprarenalelor, tiroidei și a glandelor sexuale se produc modificările fizice și psihice ale copilului care devine adolescent.

Aspectul somatic se modifică vertiginos: băieții cresc mult în înălțime, vocea se schimbă, apar primele fire de păr, la fete se imprimă amprenta feminității: sînii se dezvoltă, se depune grăsime pe șolduri și pe coapse, apare menstruația.

În perioada aceasta de aparență între copilărie și maturitate, supravegherea medicului are mare importanță.

Uneori, instalarea pubertății este întîrziată, alteori apar tulburări de creștere, tulburări neurovegetative caracterizate prin amețeli, dureri de cap, care uneori pot fi trecătoare, alteori sînt indicii ale unei dezechilibrări care netratată la timp poate avea repercusiuni asupra dezvoltării uterului.

Acum este vîrsta cînd leziunile tuberculoase apărute în copilărie și vindecate se pot reactiva. Controlul pulmonar prin microradiofotografie, intradermoreacția la tuberculină, sînt obligatorii, constituind singurul mijloc de diagnostic precoce și deci de tratament eficace.

Deosebit de importante sînt schimbările de ordin psihic care se produc în această perioadă.

PUBERTATEA

EPOCĂ DE MARI PREFACERI

Maturitatea psihică apare cu 1—2 ani mai tîrziu decît cea somatică.

Locul jocurilor copilăriei îl au preocupările serioase: lecturile, interesul crescînd pentru problemele sociale, încercările literare.

Interesul pentru propria persoană se dezvoltă, creşte nevoia de independenţă. Personalitatea începe să se afirme, însă manifestările sînt inegale: actele de curaj alternează cu pericolul de timiditate. Este momentul hotărîtor de transformare psihică a fetiţei în femeie şi a băiatului în bărbat. De felul cum familia, şcoala şi societatea vor şti să-i încline şi să-i educe depinde în mare măsură comportamentul lor de mai tîrziu.

Actul cel mai important în educaţia adolescenţilor îl are familia. Părinţii trebuie să le controleze prieteniile, să le organizeze timpul liber şi să-i ferească de prieteniile nepotrivite.

Abia ieşiţi din copilărie, adolescenţii nu au încă suficient discernămînt în alegerea prietenilor. La această vîrstă, ei sînt uşor influenţabili, dornici să-şi imite colegii mai mari; se poate întîmpla însă ca modelul pe care şi-l aleg să nu fie totdeauna cel mai potrivit. Tendinţele uneori exagerate, mai ales la fete, trebuie modelate: pieptănătura, încălţămintea ca şi comportamentul, în general trebuie să fie decente, adecvate vîrstei.

Solicitările mari la care este supus organismul în anii pubertăţii trebuie compensate printr-un regim raţional de muncă şi de odihnă. Alimentaţia trebuie să fie variată, consistentă, bogată în vitamine şi principii alimentare active, adaptată fiecărui organism în parte.

Exerciţiile în aer liber, sportul, excursiile călesc organismul, mărindu-i rezistenţa şi în acelaşi timp dezvoltă musculatura, coordonîndu-le energia şi exuberanţa.

Dr. D. GHEORGHIU

COPILUL

Problema copilului care are dificultăţi în îndeplinirea datoriei lui de şcolar pretinde a fi tratată în toate cazurile şi fără întîrziere. O greşeală de neiertat ar fi resemnarea în faţa rezultatelor slabe la învăţătură ale copilului, sub cuvînt că orice încercare n-ar servi la nimic, copilul fiind „mai puţin înzestrat ca alţii". Fără îndoială, nu toţi copiii au aceleaşi aptitudini şi talente, însuşirile înnăscute neputînd fi trecute cu vederea. Dar nici nu trebuie pus totul pe socoteala lor, mai ales că multe lucruri se pot îndrepta pe parcursul copilăriei, dacă se acţionează metodic şi perseverent. Prin urmare, singurul mod de a gîndi potrivit cu întreaga răspundere faţă de viitorul copilului este următorul: „trebuie să fie undeva o cauză; datoria mea de părinte este să o găsesc şi să o înlătur".

Descoperirea cauzei — sau a cauzelor, fiindcă pot fi şi două sau mai multe — necesită o serie de investigaţii pe care în foarte puţine cazuri le pot întreprinde părinţii singuri, prin forţele lor. În jurul copilului stau însă gata să intervină, numai să fie solicitaţi, numeroşi specialişti, medici şi pedagogi. Uneori, cauzele ţin direct şi exclusiv de domeniul medicinei şi ele pot fi înlăturate prin mijloace pur medicale. Alteori, intervenţia competentă a pedagogului se poate dovedi salutară în corectarea unor deficienţe de ordin educativ... Mai bine să dăm cîteva exemple:

— Tulburările de vedere pot exercita o influenţă nebănuită asupra activităţii şcolare, mai ales cînd scapă neobservate mai multă vreme. Dintre aceste tulburări, cel mai des întîlnită la şcolari este miopia. Copilul miop nu vede bine decît foarte de aproape. Chiar dacă stă

NU ÎNVAŢĂ BINE

în prima bancă, el nu poate desluşi ce se scrie la tablă sau se arată pe hartă. Pentru a citi, el trebuie să apropie mult cartea de ochi, iar cititul îl oboseşte şi îi provoacă dese dureri de cap. Treptat, capacitatea lui de a învăţa slăbeşte. Un examen de specialitate practicat la timp, urmat de portul ochelarilor corespunzători, repune totul în ordine.

— Tulburările de auz, deşi mai rar întîlnite decît tulburările de vedere, exercită la fel o influenţă dăunătoare. Uneori totul se trage de la un simplu dop de ceară. Alteori, o boală a urechii sau o infecţie de vecinătate impun intervenţia salutară a medicului specialist otorino-laringolog.

— Vegetaţiile adenoide, destul de frecvente la şcolari, produc cîteodată o întîrziere în dezvoltarea fizică şi intelectuală. În cele mai multe cazuri, extirparea vegetaţiilor este urmată de o cotitură în starea generală a copilului şi de progrese la învăţătură.

— Modificările în funcţiile unor glande cu secreţie internă (hipofiza, tiroida) sînt, de asemenea, însoţite de tulburări de creştere şi de greutăţi accentuate la şcoală. O anumită atenţie trebuie acordată momentului pubertăţii, cu dereglările uşoare şi trecătoare care îl pot însoţi.

— O serie de boli cu mers cronic, uneori ascunse, sînt capabile să micşoreze randamentul la învăţătură: reumatismul, bolile de inimă, tuberculoza, anemia, diabetul etc. În unele cazuri, este de văzut dacă la baza carenţelor în activitatea şcolară nu se situează, cu acţiunea ei debilitantă, o alimentaţie greşită, unilaterală, săracă în vitamine.

— Tulburările sistemului nervos reprezintă o cauză frecventă de dificultăţi şcolare. Lăsăm la o parte fenomenele legate de întîrzierea în dezvoltarea intelectuală sau de debutul unei afecţiuni psihice, pentru a sublinia că cel mai adesea copilul nu suferă cu adevărat de o boală a sistemului nervos, ci totul se reduce la o dereglare funcţională, trecătoare, a cărei dispariţie se obţine prin corectarea împrejurărilor care i-au dat naştere. În primul rînd trebuie stabilit dacă la bază nu stau oboseala, surmenajul, ca urmare a neglijenţelor sau greşelilor făcute de părinţi în dirijarea regimului de viaţă al şcolarului. Şcolarul, la orice vîrstă, are nevoie de mai mult somn decît adultul. Chiar dacă s-a făcut mare, el trebuie să doarmă $8^1/_2$ —9 ore pe zi. Deosebit de periculoasă, la vîrsta şcolară, este şederea necontrolată în faţa televizorului. Abuzul de televizor oboseşte direct

prin forţarea aparatului vizual, perturbează pregătirea lecţiilor şi întîrzie culcarea. O altă greşeală a părinţilor este cîteodată suprasolicitarea forţelor copilului, din dorinţa de a-l vedea, prea de timpuriu şi dintr-o dată, poliglot, balerin şi instrumentist. Tulburări nervoase severe, nu totdeauna uşor de recunoscut, pot fi generate de traume psihice consecutive atmosferei neprielnice din familie, neînţelegerilor dintre părinţi. De asemenea, un adevărat cerc vicios se constituie în situaţiile cînd părinţii, în faţa rezultatelor slabe la învăţătură, îşi consideră pe nedrept copilul ca fiind „leneş" şi acţionează cu exces de severitate, uneori în mod violent şi brutal. Traumatizarea psihică (nemaivorbind de cea fizică) nu va face decît să sporească dificultăţile şcolare ale copilului.

Se întîlnesc, de bună seamă, şi numeroase cazuri în care copilul este perfect sănătos, dar nu învaţă bine. Aceste cazuri ies din domeniul propriu-zis al medicinei şi se încadrează în cel al pedagogiei, necesitînd măsuri educative care trebuie cunoscute şi aplicate consecvent de părinţi. Unele probleme de acest fel se pun deseori în familiile cu un singur copil, cînd unica odraslă, hiperprotejată şi răsfăţată, se dovedeşte incapabilă să-şi rezolve în chip satisfăcător conflictul datorie-plăcere, care îi confruntă pe toţi şcolarii. Influenţa nefavorabilă a mediului poate, de asemenea, să-şi pună uşor amprenta pe copilul lăsat prea liber şi necontrolat în privinţa relaţiilor pe care şi le face. În toate cazurile, principalul lucru de avut în vedere este legătura permanentă cu şcoala.

Subliniem din nou, în încheiere, importanţa atacării prompte, cu toată hotărîrea şi seriozitatea, a problemei dificultăţilor şcolare ale copilului. Părinţii au obligaţia să caute ajutor şi îndrumare în toate direcţiile, fie la medicii de diferite specialităţi, fie la profesori şi în special la dirigintele clasei în care învaţă copilul lor. Ce-i drept, este posibil să fie nevoie de multă răbdare, dar nu trebuie niciodată dezarmat dacă rezultatele nu se grăbesc să se arate. Izbînda finală va fi cea mai frumoasă răsplată pentru părinţii care au ştiut să nu se oprească la jumătatea drumului.

Dr. Al. GHEORGHIU

...Au loc concursuri de tir între orbi? Acest lucru se realizează cu ajutorul electronicii? Institutul de orbi din Saint-Auston, Anglia a pus la punct sistemul şi cel din Melbourne l-a perfecţionat. Trăgătorul orb poartă o cască ale cărei „urechi" sînt legate la oscilatoare cu tranzistori. Cînd carabina este dirijată exact spre punctul ochit, frecvenţa celor două oscilatoare este strict egală. Imediat ce se depărtează, frecvenţa slăbeşte sau se întăreşte. Problema ochirii este deci problema egalizării a două frecvenţe sonore. Se ştie că orbii au auzul foarte fin. Nu trebuie să ne mirăm că echipa de orbi din Melbourne a cîştigat unul din cele 3 concursuri, pe care le-a disputat contra unei echipe de „văzători".

... S-a descoperit o bacterie carnivoră, sau mai bine-zis bacterivoră? Astfel ea distruge celelalte bacterii, ataşîndu-se de ele ca o lipitoare. Descoperită de cercetătorii Universităţii din Jerusalem, a fost denumită „Bdellovibrio Bacteriovarus". Prin izolarea ei, va putea fi utilizată în lupta contra bacteriilor, mai ales că se găseşte în mare cantitate în pămînt şi apa mării. Pînă acum se foloseau numai bacteriofagii, care sînt socotiţi nişte paraziţi specifici ai bacteriilor care secretă enzime ce distrug proteinele bacteriei respective.

... La începutul vieţii a fost o otravă? Prima atmosferă terestră a fost

ŞTIAŢI CĂ

un amestec de metan, amoniac, vapori de apă, care era mereu brăzdată de fulgere şi iradiată puternic de radiaţiile ultraviolete. În laborator s-au putut produce de Stanley Miller, acum 15 ani, într-un mediu asemănător, acizi aminaţi, constituenţi de bază ai proteinelor caracteristici vieţii. Originea vieţii pe planeta pămînt s-ar datori combinării acizilor aminaţi formaţi în atmosferă şi apoi solvaţi în oceanul primitiv. Prin înlănţuirea lor, într-o zi s-a constituit un lanţ complex, capabil de reproducere şi astfel ar fi apărut viaţa. O ultimă ipoteză însă, a lui Clifford Mattheus, încearcă să explice formarea de lanţuri similare proteinelor, plecînd de la acidul cianhidric (o violentă otravă), care s-a format prin iradierea intensă şi care apoi, în contact cu oceanul, a constituit o spumă groasă, unde a apărut prima proteină vie. O aplicare a acestei scheme de formare proteică ar fi fabricarea de proteine alimentare de care omenirea are atîta nevoie. Astfel, dezlegarea originii vieţii conduce la susţinerea ei în mod raţional.

... *La Tokio, doctorul Akira Sato măsoară oboseala cu un aparat adaptat, întrebuinţat la analiza metalelor? El se bazează pe faptul că oboseala măreşte aciditatea salivei, fapt ce duce la microdistrugeri ale emailului dentar şi la liberare de magneziu şi calciu. Testele efectuate pe copiii de vîrstă şcolară i-au confirmat valoarea şi rezultatele pot fi folosite la stabilirea gradului de oboseală provocată de diferite activităţi fizice sau intelectuale.*

... *Trei biologi britanici, Jamenhof, Masley, Schuller au injectat extrase de glande hipofizare bovine la animalele de laborator femele, gata să nască? Aceşti hormoni de creştere acţionează asupra fătului, care la naştere cîntăresc cu 2% mai mult ca cei normali. Senzaţională este însă descoperirea că a crescut şi greutatea creierului cu 17%. Numărul de neuroni corticali a fost superior cu 60% faţă de normal. Deci hormonii de creştere acţionează asupra celulelor cerebrale. Pînă acum se ştia că celulele nervoase nu se mai multiplică după naştere. Cum însă inteligenţa este în funcţie şi de numărul de neuroni cerebrali, este deschisă calea de a creşte inteligenţa prin înmulţirea acestor neuroni încă înainte de naştere.*

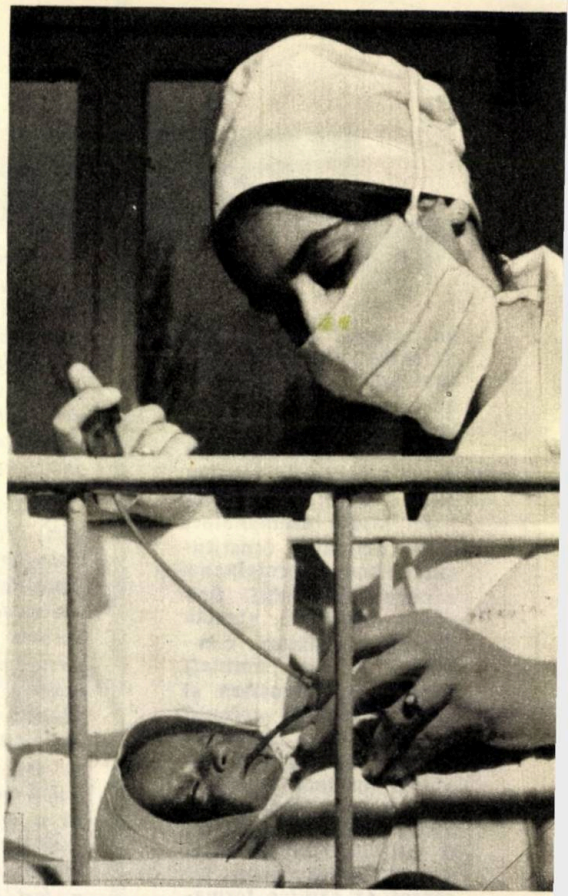
... Enzimele pot curăţa aerul oraşelor? În Japonia s-a propus o nouă metodă de combatere a impurificării aerului de automobile. În cursul lucrărilor asupra conservantelor alimentare s-a izolat o nouă enzimă din secreţiile microbiene, care are o puternică acţiune catalitică faţă de gazele sulfuroase şi sulfurice, care provin din arderea produselor petroliere şi ale cărbunelui. Această enzimă ar putea fi folosită prin suspensii pulverizate în atmosfera poluată.

... Cu cît un atlet consumă mai puţin oxigen în timpul efortului, cu atît mai bune sînt performanţele lui? De aici şi probele de măsurare a aerului expirat de atleţi în timpul curselor pentru delimitarea efortului metabolic, al randamentului şi astfel cunoaşterea aptitudinilor optime ale fiecărui sportiv.

... Este posibil de a se dezvolta la om reflexe condiţionate utilizînd cîmpuri electromagnetice? Aceasta a fost demonstrată de curînd de savanţii sovietici. Interesant este că variaţiile cîmpului electromagnetic nu sînt percepute conştient. Dacă într-o serpentină fixată pe braţul subiectului se trece apă rece, aceasta provoacă contracţia vaselor sanguine, concomitent cu circulaţia apei; experimentatorii au modificat tensiunea unui cîmp electromagnetic de înaltă frecvenţă. După cîteva experienţe, era suficient de a modifica tensiunea cîmpului electromagnetic pentru ca vasele să se contracte. Aceste variaţii sînt percepute de toate celulele şi în special de unele celule nervoase ale scoarţei cerebrale.

Se studiază dacă variaţiile au şi efecte fizico-chimice în organism, care sînt apoi percepute de celulele nervoase

NAȘTERE PREMATURĂ,



Durata sarcinii este diferită la diverse specii de mamifere. Astfel, la iepuroaica de casă, sarcina durează 30 de zile, la iapă, 340, la balenă, 456, iar la elefant, 660 de zile; singură vaca are o gestație de 285 de zile, deci aproximativ aceeași ca a omului.

La om, durata normală a sarcinii este socotită de 270—280 de zile. Pentru calcularea vîrstei sarcinii și deci stabilirea datei probabile a nașterii se face următorul calcul: la data ultimei menstruații se adaugă nouă luni, plus zece zile.

Așadar, dacă o femeie a avut ultima menstruație la 1 decembrie 1967 ea va trebui să nască în jurul datei de 10 septembrie. Acest calcul este relativ, căci ovulația se poate produce uneori în orice perioadă a ciclului intermenstrual, iar fecundația poate avea loc în orice perioadă a ciclului.

Pentru stabilirea cît mai exactă a datei de naștere sînt necesare consultații medicale repetate începînd din primele săptămîni de sarcină și pînă în apropierea nașterii. Ținînd seama de informațiile date de gravidă și de cele rezultate din consultațiile prenatale, medicul poate stabili cu mai multă exactitate data prezumtivă a nașterii.

Uneori nașterea se poate declanșa înainte de împlinirea a nouă luni de sarcină, în luna a șaptea sau a opta.

În aceste cazuri, nașterea se numește prematură, iar fătul nou-născut, prematur sau imatur. În funcție de vîrsta sarcinii și de condițiile în care s-a dezvoltat în viața intrauterină, fătul prematur poate avea o greutate care variază între 1 500—2 500 g și o lungime între 36—47 cm. Fătul imatur se caracterizează printr-o dificilă adaptare la condițiile mediului extern și de aceea necesită îngrijire deosebită în secțiile special amenajate ale serviciului de nou-născuți al maternității.

Procentul de îmbolnăviri și de mortalitate este mult mai mare decît acela pe care îl dau fetii născuți la termen. De aceea, nașterile premature vor trebui evitate ori de cîte ori acest lucru va fi posibil.

Uneori, declanșarea nașterii înainte de termen se datorește unor cauze hormonale sau anatomice care pot fi mai greu influențate.

Alteori nașterea prematură are drept cauză nerespectarea prescripțiilor de igienă din perioada gravidității: abaterile de la regimul alimentar, eforturile fizice sau intelectuale, precum și raporturile sexuale din ultimele luni de sarcină.

Orice gravidă la care încep contracții dureroase în ultimele luni de sarcină trebuie să se interneze de urgență în maternitate. Aici va primi toate îngrijirile necesare pentru ca sarcina să poată continua.

Fiecare săptămînă cîştigată înseamnă un făt mai robust, care va înfrunta mai uşor condiţiile mediului extern. Este greşită părerea pe care o au multe femei că feţii născuţi în luna a şaptea au mai multe şanse de a supravieţui decît cei născuţi la opt luni. Explicaţia acestei credinţe greşite trebuie căutată în mitul antic grecesc la lui Cronos (zeul timpului), care obişnuia să-şi înghită copiii de teama de a nu fi detronat de ei. Luna a opta în calendarul grecesc era luna lui Cronos; de aici credinţa că feţii născuţi în luna a opta, deci în luna patronată de Cronos, nu supravieţuiesc în timp ce cei născuţi la şapte luni au şanse de viaţă. Adevărul ştiinţific este cu totul altul: cu cît fătul se va naşte mai aproape de termen, cu atît va fi mai bine dezvoltat şi mai apt pentru viaţă.

În condiţiile de organizare şi dotare spitalicească a secţiilor de nou-născuţi din ţara noastră, feţii prematuri au foarte multe şanse să supravieţuiască.

Descoperirea cauzelor care au dus la declanşarea prematură a naşterii trebuie să preocupe, atît pe femeie, cît şi pe medic.

SARCINĂ PRELUNGITĂ

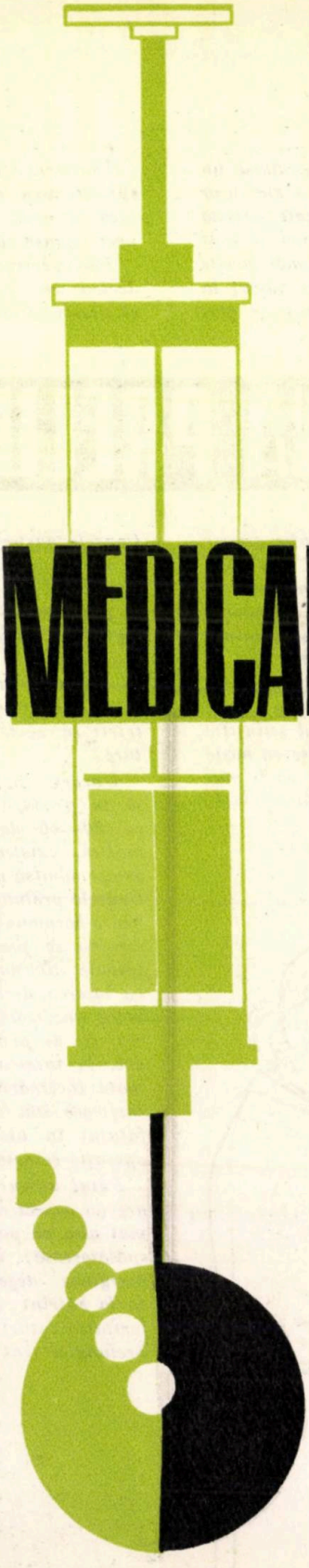
Cauzele naşterii premature fiind multiple şi uneori destul de greu de precizat, femeia care a născut odată prematur trebuie să se prezinte la consultaţiile medicului specialist atît înainte de a rămîne din nou gravidă, cît şi în primele săptămîni după ce a rămas însărcinată, pentru ca prin instituirea precoce a unui tratament potrivit să evite repetarea naşterii premature.

Uneori, declanşarea naşterii întîrzie să se producă şi sarcina se prelungeşte cu 20—30 de zile. Contestată de unii medici, existenţa sarcinii prelungite este astăzi admisă de majoritatea specialiştilor. Cauzele prelungirii sarcinii sînt de natură neuro-hormonală. Orice gravidă la care sarcina se prelungeşte peste 280 de zile trebuie internată în maternitate, unde se va încerca declanşarea naşterii prin mijloace medicamentoase; dacă aceasta nu reuşeşte de prima dată, se repetă de 2—3 ori, la interval de cîteva zile. Iar dacă toate încercările de acest fel se dovedesc ineficace sau apar semne de suferinţă a fătului în uter, acesta este extras prin operaţie cezariană.

Fătul născut dintr-o sarcină prelungită are un aspect caracteristic, pielea încreţită mai ales pe palme şi pe tălpi (mîini de spălătoreasă), unghiile mult crescute peste marginea degetelor şi foarte încreţite, ca la bătrîni. Statisticile arată că în majoritatea cazurilor feţii născuţi din sarcini prelungite sînt de sex masculin.

Dr. D. GHEORGHIU

BOALA MEDICAMENTOASĂ



Științele medicale au făcut în ultimii ani progrese cu adevărat uimitoare în ceea ce privește posibilitatea de tratament profilactic și curativ, ca și a investigațiilor de laborator în scopul precizării diagnosticului și al urmăririi evoluției bolilor sub tratamentul medical.

Dintre succesele obținute, dacă nu ar fi să semnalăm decît eradicarea unor boli transmisibile (infecto-contagioase) datorită vaccinurilor, rezultatele spectaculoase obținute în tratamentul unor infecții grave bacteriene cu antibiotice și chimioterapice, eficiența terapiei cortizonice sau a terapiei de substituție, utilizarea izotopilor radioactivi etc., și încă ar fi suficient pentru a demonstra posibilitățile actuale ale tratamentului medical și ale investigațiilor de laborator.

MEDICAMENTELE, care pe vremea medicinei lui Hippocrat și a urmașilor săi, se reduceau la cîteva zeci, și acestea aproape toate sub formă de plante medicinale, ating astăzi aproape 100 000 de specialități, care sînt utilizate de populația globului, iar o țară ca Franța consumă zilnic peste 400 de tone de medicamente. Și numărul specialităților medicamentoase crește zi de zi, ca și consumul lor, în pofida sfaturilor de moderație și de prudență date de specialiștii din toate țările.

MEDICUL, care dispune astăzi de un număr imens de medicamente, știe că unele din ele dacă sînt foarte active împotriva bolii pot fi și foarte agresive pentru bolnav, putînd să ducă la apariția unor situații nedorite.

Nu mai este pentru nimeni un secret că unele medicamente chiar cînd sînt corect folosite, pot avea, uneori, efecte secundare, nedorite, deseori vătămătoare, sau chiar mortale.

Medicul știe că medicamentele sînt „otrăvuri, care administrate în cazul indicat, la timp și în doze adecvate, pot deveni mijloace curative".

Cunoscînd riscul terapiei medicamentoase, medicul, înainte de a prescrie unui bolnav medicația necesară, se asigură, prin mijloacele pe care le are la îndemînă, că „echipamentul enzimatic" al bolnavului respectiv va fi capabil să dezintegreze și să metabolizeze medicamentele pentru a le face inofensive pentru organism; el se asigură că „emonctoriile", renal, hepatic etc., prin care se elimină din organism produsele de dezintegrare și metabolism sau chiar medicamentele netransformate, sînt în bună stare de funcționare și astfel pericolul acumulării în organism de substanțe toxice este eliminat.

Medicul știe că în materie de medicamente nu există „inocuitate" — că orice medicament, chiar cel cunoscut de multă vreme ca inofensiv — poate să devină agresiv pentru organism, în unele cazuri și în unele condiții.

Populația care utilizează „*automedicația*" — întrebuințarea de medicamente fără aviz medical — este expusă desigur în primul rînd reacțiilor și accidentelor nedorite date de medicamente.

BOALA MEDICAMENTOASĂ există de fapt de cînd există medicamente, medici și bolnavi.

Dar intensitatea ei este din ce în ce mai actuală și crește pe măsura introducerii și utilizării de noi medicamente.

Medicamentele pot determina cele mai variate și cele mai complexe reacții și stări morbide. Acestea sînt din ce în ce mai bine cunoscute și studiate de medici, în scopul evitării interpretării lor greșite, spre a nu fi atribuite bolilor, cînd în realitate sînt produse de medicamente.

Se cunosc ridicări bruște și puternice ale temperaturii (hipertermii) produse de medicamente din cele mai variate, începînd chiar cu chinină, calciu, iod, pînă la sulfamide și antibiotice, precum și stări morbide cu aspect infecțios, cu febră prelungită, date de piramidon și antibiotice (mai ales penicilină), la care bolnavii sînt sensibilizați și care dispar odată cu suprimarea medicației respective. Manifestările morbide date de medicamente pot să fie de tipul unor erupții cutanate, al unor tulburări nervoase și psihice (crize de contracturi, convulsii, epilepsie, delir și altele), tulburări variate de partea tubului digestiv, de la simpla balonare abdominală și diaree, pînă la ulcerații și hemoragii digestive (dată de aspirină, cortizon etc.), de partea ficatului, ca hepatită cu icter (simulînd o hepatită epidemică), rinichiului (aspect de cistită, de colică renală), a aparatului respirator (astm medicamentos), aparatului cardio-vascular (hipertensiune arterială și tulburări de ritm cardiac), anemii grave, stări pseudoreumatice și chiar stări de pseudograviditate!

Nu mai vorbim de accidentele de sensibilizare date de utilizarea sulfamidelor în instilații nazale sau de aplicarea pe piele sub formă de creme! Se apreciază chiar că unele boli denumite generic colagenoze, în creștere puternică în ultimul timp, și-ar datori frecvența lor mare utilizării antibioticelor (larg răspîndită și de multe ori nejustificată).

Accidente pot să provoace medicamentele și la gravidă, cu efecte nedorite atît asupra ei înseși, cît și asupra sarcinii, cu determinarea de copii cu malformații (este vorba de așa-numita acțiune teratogenă a medicamentelor).

Pericolul administrării fără discernămînt a medicamentelor este și mai mare pentru copii — organism în creștere și dezvoltare — cu „echipament enzimatic" deseori deficitar, cu inactivarea și eliminarea deficitară a medicamentelor, mai ales în perioada de nou-născut, cu particularități biologice, între care reacțiile de apărare mai slabe la agenții nocivi. Se cunosc hemoragiile produse la nounăscuți prin administrarea de vitamină K în doze mari (tocmai în scopul prevenirii sau tratării hemoragiilor), anorexia (pierderea poftei de a mînca) și depunerile anormale de calciu în hipervitaminoza D, prin administrarea unor doze mari de vitamină D etc.

Mai sînt și alte efecte secundare, nocive, ale medicamentelor, unele din ele cunoscute abia în ultimul timp. Utilizarea prelungită a antibioticelor, în special a celor cu „spectru larg de acțiune", favorizează apariția unor infecții cu ciuperci și generalizarea lor în organism (candidioze), sau permite să se dezvolte la bolnavi o infecție cu stafilococi rezistenți la antibioticele actuale.

Preparatele citotoxice, întrebuințate în tratamentul cancerului, pot să distrugă nu numai celulele neoplazice, dar pot tulbura și diviziunea celulelor normale din organism.

Există desigur cazuri cînd, deși medicul cunoaște riscurile unor medicamente, le prescrie totuși, dată fiind necesitatea utilizării lor; el pune în balanță, desigur, rezultatele favorabile sigure față de riscurile eventuale.

Dar sînt cazuri cînd medicamente cunoscute ca „anodine", „inofensive", determină efecte secundare nocive. Acestea sînt legate de situații imprevizibile ocazionate de particularitățile individului căruia i se aplică terapeutica prescrisă. Ele pot ține de unele particularități genetice moștenite, de particularități imunobiologice sau alergice necunoscute de bolnav sau de medic și de altfel imposibil de pus în evidență.

Consulturile între specialiști pot rezolva cu competență cazurile dificile de diagnostic și tratament.

Profilaxia bolii medicamentoase, „plagă a medicinei și terapeuticii moderne, este posibilă! Fără îndoială că abuzul în întrebuințarea unor medicamente — de cele mai multe ori foarte „active" și „la modă" care nu și-au făcut proba inocuității alături de numărul imens și mereu crescînd al medicamentelor —, sînt factorii care favorizează boala medicamentoasă.

Dacă medicii, cunoscînd riscurile medicamentelor, se îngrădesc în prescrierea lor de anumiți parametri care le permit o cît mai justă și științifică prescriere — deci riscuri cît mai reduse pentru bolnavi — *„automedicația"* trebuie combătută cu cea mai mare energie. Prudența și moderația în utilizarea medicamentelor nu trebuie însă să echivaleze cu refuzul medicamentelor cînd acestea sînt necesare, în dozele adecvate.

Conf. dr. docent
V. PETRESCU-COMAN

APĂ AER SOARE

ÎNSORIREA LOCUINȚEI

O locuință „sănătoasă" trebuie să fie în primul rînd luminoasă; acest adevăr cunoscut de toată lumea era exprimat în trecut și sub forma zicalei „unde nu intră soarele, intră doctorul", subînțelegîndu-se că în locuințele întunecoase bolile, în special infecțioase, sînt mai frecvente și mai grave decît în cele bine însorite.

Prima observație științifică despre influența luminii solare asupra germenilor a aparținut lui Pasteur, părintele microbiologiei, care a arătat că în locuințele aglomerate și insuficient iluminate numărul de germeni din aer este permanent foarte crescut. Cercetări ulterioare au arătat că și în încăperile salubre, mai ales în dormitoare, se produce o creștere marcată a germenilor din aer în timpul nopții, pentru ca dimineața, sub acțiunea razelor solare, numărul lor să scadă simțitor.

Astăzi este pe deplin dovedit mecanismul acestei variații, precum și faptul că sub acțiunea radiațiilor ultraviolete majoritatea germenilor dispar în cîteva secunde pînă la cîteva minute și în special formele „active", în curs de înmulțire, așa-numitele „forme vegetative". Deoarece în radiația solară, sursa naturală de raze ultraviolete, proporția acestor raze este de 1%, rezultă că pentru distrugerea germenilor este necesară o expunere la soare de cîteva ore.

Trebuie menționat că spectrul razelor ultraviolete nu are acțiune bactericidă în ansamblul său, ci numai în zona radiațiilor cu lungimea de undă cea mai scurtă. Deoarece razele sînt cu atît mai ușor absorbite de impuritățile din aer, de germeni și de alte obstacole cu cît au lungimea de undă mai mică, rezultă că puterea bactericidă a razelor solare poate fi foarte simțitor redusă prin cel mai mic obstacol, ca de exemplu prin particulele de praf din aer, prin geamuri etc.

Experiențele au arătat că sub influența razelor solare dezvoltarea germenilor pe o placă de cultură este neutralizată dupăă 2 ore de expunere directă și după 3 ore de expunere prin intermediul unui geam obișnuit.

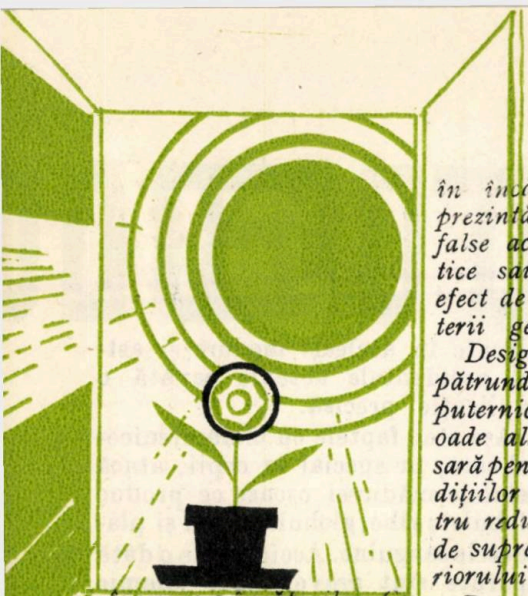
Pe baza acestor cercetări s-a stabilit norma sanitară de însorire a încăperilor, care este de minimum 2 ore pe zi cînd geamurile sînt deschise și de minimum 3 ore pe zi cînd însorirea se face prin intermediul unui geam.

Acțiunea favorabilă a razelor solare nu se exercită numai în privința reducerii germenilor din încăperi, ci și asupra locatarilor.

Sub influența acestor raze, organismul devine mai rezistent la infecții. Se constată o creștere a numărului de globule albe și roșii din sînge, crește puterea fagocitară a globulelor albe (capacitatea de a distruge germenii), activitatea bactericidă a sîngelui etc., toate aceste modificări ducînd la creșterea rezistenței nespecifice a organismului față de infecții. De asemenea, razele ultraviolete au acțiune stimulativă generală asupra organismului, precum și o acțiune bine cunoscută de prevenire a rahitismului la copii.

Toate acestea justifică pe deplin necesitatea unei bune însoriri a locuințelor, mai ales în timpul dimineții, între orele 10—12.

Noile construcții de locuințe se caracterizează printr-o orientare favorabilă și prin ferestre largi, care permit o bună



însorire a încăperilor. Cu toate acestea, în numeroase cazuri, gradul necesar de însorire nu este efectiv asigurat, deoarece unele practici necorespunzătoare reduc valoarea sanitară a noilor construcții.

Datorită pericolului de supraîncălzire a locuințelor în perioada de vară, a devenit foarte răspîndită practica acoperirii ferestrelor cu hîrtie albastră sau cu perdele groase, fixe.

Deseori, ferestrele rămîn astfel acoperite chiar în perioada cea mai favorabilă pentru însorirea încăperii, în timpul dimineții, cînd locatarii sînt plecați la serviciu sau la școală. În aceste cazuri chiar dacă se face aerisirea de dimineață, timp de 30-60 de minute, acțiunea bactericidă prin efectul razelor solare nu se obține în măsura necesară.

Trebuie arătat că insuficiența radiației ultraviolete cu efect bactericid în încăperile de locuit prezintă pericolul unei false acțiuni bacteriostatice sau chiar al unui efect de stimulare a creșterii germenilor.

Desigur, împiedicarea pătrunderii luminii prea puternice în anumite perioade ale zilei este necesară pentru realizarea condițiilor de odihnă și pentru reducerea pericolului de supraîncălzire a interiorului în timpul verii.

Pentru satisfacerea ambelor deziderate este necesar ca protecția față de lumină să fie asigurată prin perdele sau jaluzele mobile.

Această necesitate este cu atît mai mare, cu cît au putut fi dovedite efecte sanitare nefavorabile ca urmare a unor practici neigienice.

Astfel, un studiu făcut în Franța pe cîteva mii de copii a arătat că frecvența tulburărilor de creștere a copiilor și a semnelor de rahitism este în unele cartiere noi de locuințe asemănătoare cu cea din cartierele cu locuințe insalubre, cu ferestre mici, rău însorite.

Printre cauzele cele mai importante care explică această situație sînt sistemul de acoperire permanentă a ferestrelor în timpul verii, necurățirea lor permanentă de praf care absoarbe razele ultraviolete bactericide, precum și reducerea timpului de joacă în aer liber a copiilor mici locuind în clădirile înalte, datorită dificultăților de însoțire sau de supraveghere de către familie.

Acest exemplu sugerează și regulile care trebuie păstrate pentru asigurarea însoririi raționale a încăperilor de locuit.

În acest sens, întreținerea curată a încăperilor asigură îndepărtarea posibilităților de acumulare a prafului încărcat cu germeni, iar geamurile curate și libere pentru pătrunderea razelor solare asigură distrugerea germenilor din încăperi.

Blocarea suprafețelor luminoase prin punerea ghivecelor de flori în fereastră este un obicei care contribuie la reducerea însoririi locuinței.

Totodată trebuie menționată necesitatea de a se atribui încăperile cele mai bine însorite ale locuințelor copiilor și în special copiilor mici, ținînd seama de necesitatea protecției lor speciale față de pericolul de infecții, ca și de necesitatea prevenirii tulburărilor de dezvoltare și a rahitismului.

Păstrarea acestor reguli elementare, dar adesea neglijate, contribuie la menținerea unor condiții favorabile pentru păstrarea sănătății și pentru asigurarea confortului în locuințe.

Dr. D. BOBIC

ANTIBIO

Numărul și intensitatea acțiunii medicamentelor moderne se amplifică mereu. Dar toate sînt cu dublu tăiș prin efectele secundare nefaste, prescripția trebuind să se facă numai strict necesar pentru ca riscul să fie minim.

Bolile terapeutice (iatrogene) au deschis un capitol nou în medicina contemporană.

Se incriminează din ce în ce mai mult pericolul tratamentelor anticoagulante, al diureticelor, al extraselor glandulare, al neurolepticelor, al cortizonicelor, al antibioticelor etc.

Mulțimea agenților antibacterieni a dus la accidente din ce în ce mai frecvente, iar eficacitatea lor a scăzut.

De multe ori, în stările febrile se întrebuințează antibiotice în lanț (penicilină, streptomicină, cloramfenicol, tetraciclină, eritromicină și așa mai departe), dar febra nu scade. Ea cedează de multe ori, surprinzător, după ce s-au oprit toate antibioticele, în special la copii și bătrîni.

Antibioticul este ca o otravă pentru microb.

Alte antibiotice sînt bacteriostatice, împiedicînd înmulțirea microbilor, iar cei existenți sînt distruși de globulele albe din sînge.

Alte antibiotice provoacă moartea germenului.

Desigur însă că celula microbiană este asemănătoare cu celulele organismului, care chiar dacă sînt mai rezistente, uneori pot să fie blocate în aceleași moduri și astfel accidentele actuale capătă o explicație precisă.

Așa stau faptele cu cloramfenicolul care, în special la copii, atacă celulele măduvei osoase ce produc globulele albe, globulele roșii și plachetele sanguine. Accidentele o dată apărute sînt grave. Apar anemie acută, lipsă de apărare contra microbilor, hemoragii.

Un alt fel de toxicitate este acțiunea dihidrostreptomicinei asupra nervului auditiv, ducînd la surditate definitivă. Cicloserina dă uneori crize de epilepsie. Hidrazida poate provoca în special la alcoolici și diabetici paralizii și nevrite. Sulfamidele pot precipita în cristale și blochează rinichii.

Accidentele de alergie, de sensibilizare la antibiotice sînt nenumărate și în ultimul timp au apărut în mare număr la penicilină, streptomicină etc. Folosirea necontrolată a antibioticelor, întrebuințarea lor în domenii extramedicale au dus la sensibilizări multiple, care merg de la reacții simple, pînă la edem laringian, cu pericol de asfixie acută sau șoc anafilactic.

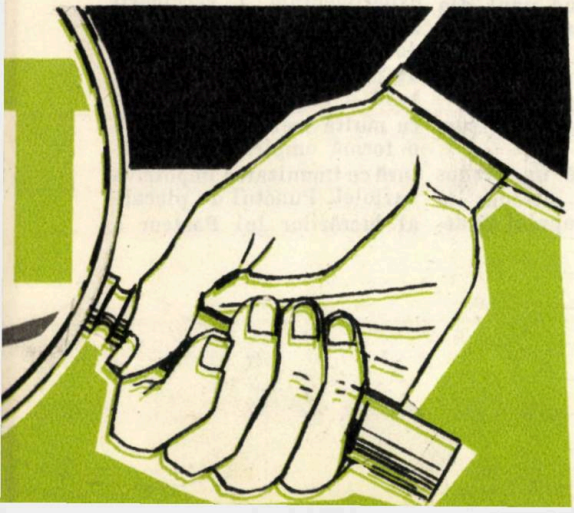
ANTIBIOTICELE

Între organism şi mediul plin de microbi, virusuri, ciuperci, paraziţi etc. există totuşi un echilibru natural. Uneori se fac simbioze folositoare. În intestin avem bacterii care sintetizează vitamina K sau digeră celuloza alimentară, sau contracarează dezvoltarea altor microbi, ca bacilul lactic, care opreşte pe aceea a bacilului coli.

Antibioticele în intestin distrug fără alegere. Dispar bacteriile sensibile, supravieţuiesc cele rezistente care se multiplică fără a mai putea fi oprite şi echilibrul natural se strică. Pe plan clinic apar durerile, care uneori sînt dezastruoase. Selecţionarea de ciuperci, de stafilococi rezistenţi şi foarte virulenţi duce în mod paradoxal, după un tratament intempestiv cu antibiotice, la infecţii foarte grave.

Rezistenţa microbiană duce la creşterea dozelor. Acolo unde cu ani în urmă rezultatele erau spectaculare cu 200 000 u. penicilină injectate la 6 ore, astăzi trebuie 1 milion injectat la 3 ore sau chiar de cîteva ori mai mult. Nu mai vorbim de rezistenţele absolute.

Atenţie maximă deci la prescripţiile excesive, eronate, fără antibiograme.



De asemenea, rezistenţele microbiene sînt de regulă, după tratamentele insuficiente, în doze ineficiente în inhalaţii, siropuri, supozitoare. Nu este cazul ca bolnavul să influenţeze medicul şi să ceară neapărat tratament cu antibiotice pentru simple rinofaringite, bronşite, angine banale sau simple febre gripale care cedează după cîteva zile.

Regulile de aplicare, însă, sînt simple.

— Să nu se ia antibiotice decît în cazuri absolut necesare şi cu avizul medicului de specialitate, după verificarea sensibilităţii microbului.

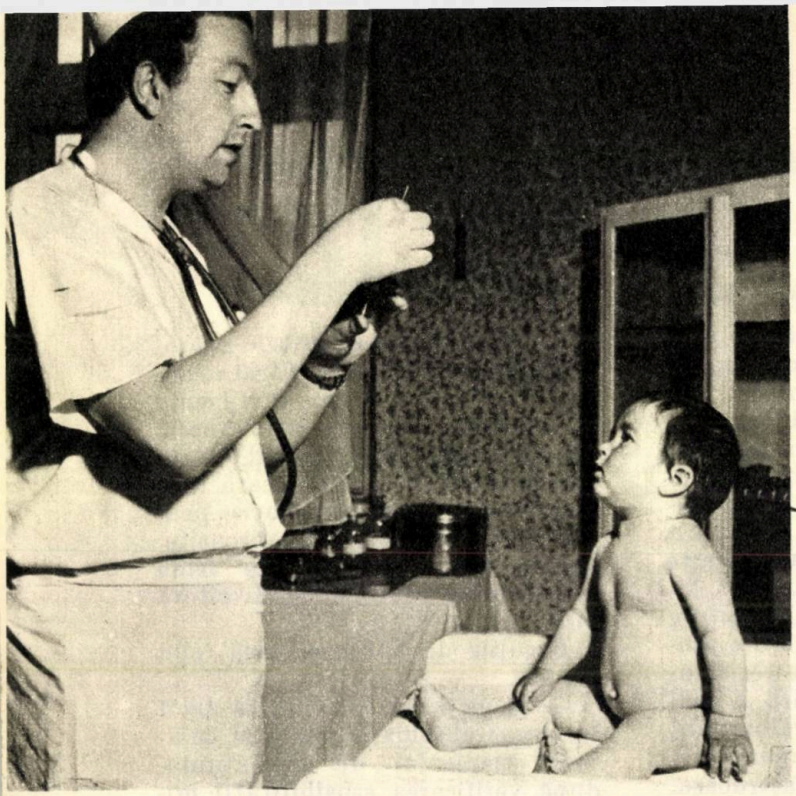
— Să nu se prelungească inutil tratamentele.

— Să ne ferim de antibioticele aplicate local în pomezi, picături, colire, vapori, inhalante sau mai ales de cele întrebuinţate ca adjuvante de păstrare alimentară (conserve, lapte) sau în articolele de toaletă (săpun, pastă de dinţi etc.).

— Orice tratament cu antibiotice să fie urmărit şi controlat de medic.

Faptul că boli grave au putut fi combătute (tuberculoza, gangrena gazoasă, tifosul, febra tifoidă, reumatismul poliarticular, endocarditele, streptocociile, septicemiile etc.) ne arată că trebuie să păstrăm cu toată grija în mod logic eficacitatea acestor antibiotice şi să evităm accidentele terapeutice.

Dr. N. POPOVICI



IMPORTANȚA VACCINĂRILOR

În lupta permanentă și nevăzută care se duce între om și germenii patogeni (microbi, virusuri, viermi intestinali), care urmăresc să invadeze organismul și astfel să provoace boala, o proprietate deosebită a omului este aceea de a opune rezistență față de acțiunea acestor microorganisme dăunătoare.

Stimularea și întărirea rezistenței specifice a organismului față de anumite boli, proprietate care este denumită imunitate, reprezintă un mijloc important de prevenire a apariției afecțiunilor contagioase. Imunitatea poate fi naturală sau cîștigată.

Imunitatea cîștigată poate fi dobîndită spontan, prin trecerea prin boală sau conferită în mod artificial, prin administrarea de vaccin (imunitate activă) sau de ser imun și gamma-globulină (imunitate pasivă).

Imunitatea naturală este înnăscută; nu este rezultatul unei boli sau al unei imunizări artificiale.

Imunitatea artificială obținută prin metoda vaccinării reprezintă un succes răsunător al științei medicale, acesta fiind unul din factorii importanți care au stat la baza lichidării sau reducerii în numeroase țări a unor boli grave.

Ce este un vaccin și cum acționează?

Vaccinul este un produs biologic, care introdus în organism este capabil să determine producerea de anticorpi specifici. Aceștia sînt particule de natură globulinică, a căror origine se află în țesutul reticuloendotelial al diverselor organe (ficat, splină, măduvă osoasă). La introducerea în organism a germenului bolii, pentru care s-a efectuat vaccinarea și care poartă denumirea generică de antigen, anticorpii se activează imediat, unindu-se cu aceștia și oprindu-le acțiunea patogenă.

Acțiunea anticorpilor specifici după administrarea de vaccin se face de la cîteva zile, pînă la cîteva săptămîni. Mai multe administrări permit formarea de anticorpi în concentrație mai mare. Concentrația acestora scade după cîteva luni sau ani și pentru a crește din nou nivelul lor, la anumite intervale de timp, trebuie să administrăm din nou vaccinul, această acțiune purtînd denumirea de revaccinare. De reținut deci că o vaccinare nu conferă o imunitate pe întreaga viață și că la anumite intervale de timp, stabilite științific, trebuie să dăm un nou impuls de producere a anticorpilor, prin revaccinări.

Explicația științifică și experimentală a vaccinării a fost dată de Pasteur în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, deși această metodă a fost cunoscută încă cu multă vreme înainte, sub o formă empirică, în legătură cu imunizarea împotriva variolei. Punctul de plecare al lucrărilor lui Pasteur a

fost următoarea observație: un lot de găini inoculat cu culturi vechi de holeră aviară au făcut boala într-o formă mai ușoară; inoculate apoi cu culturi proaspete, foarte virulente, au rămas în viață, în timp ce găinile din lotul martor au murit.

De la aceste lucrări au trecut numai nouă decenii. Metoda imunizării specifice artificiale este astăzi larg răspîndită și face parte din arsenalul măsurilor de prevenție a bolilor contagioase, fiind decretată prin legi în multe țări. Vaccinările obligatorii în țara noastră, în prezent sînt: antituberculoasă (B.C.G.), antivariolică, antipoliomielitică, antidifterică, antitetanică și antitifică.

în prevenirea bolilor contagioase

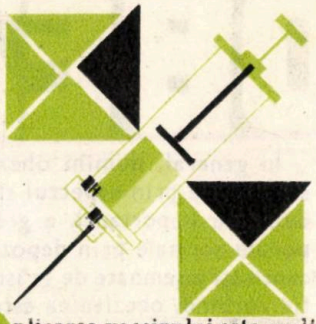
Vaccinarea antituberculoasă (B.C.G.) se administrează pe gură chiar din primele zile ale vieții (6—14 zile), dîndu-se 3 doze de vaccin în primele trei luni. Revaccinarea se practică de mai multe ori, pînă la vîrsta de 25 de ani, de fiecare dată efectuîndu-se o testare cu tuberculină; la cei negativi la această reacție li se administrează vaccinul prin injecție intradermică.

Vaccinarea antivariolică se practică prin scarificație la copii de la 3 la 15 luni, cu revaccinări la 7 ani, precum și la anumite categorii de adulți. Aplicarea acestei vaccinări este necesară și astăzi (deși variola ca boală nu s-a mai manifestat la noi în țară de zeci de ani), prin faptul că această gravă boală persistă încă într-un număr de țări și în acest fel poate exista posibilitatea pătrunderii ei, așa cum s-a și întîmplat în unele orașe din Europa, în ultimul deceniu (Londra, Berlin, Poznan, Stockholm).

Vaccinarea antipoliomielitică și cea antidifterică se practică la copiii pînă la un an, prima administrată pe gură, a doua prin injecții. Se efectuează, de asemenea, revaccinări la copiii preșcolari, la elevii din clasa I elementară, iar pentru vaccinarea antidifterică, în clasa a IV-a și a VIII-a elementară.

Vaccinarea antitifică se aplică în general la tineri și adulți în anumite teritorii sau la anumite profesiuni (ca de exemplu, personalul din sectorul alimentar).

Vaccinarea antitetanică se administrează prima dată prin 2 injecții, după un an încă o revaccinare, care se repetă apoi la 5 ani; ea se practică la toată populația țării. Imunizarea organismelor față de acțiunea nocivă a bacilului tetanic este de un real folos, deoarece această boală se poate contracta ușor prin diverse zgîrieturi sau plăgi, ea fiind de o gravitate deosebită. Prevenirea acestei boli prin a-



plicarea vaccinului este mult superioară prevenției prin ser imun, pentru că administrarea acestuia din urmă poate da unele accidente și ea nu se poate repeta de multe ori în viață.

Persoanele care urmează a fi vaccinate sînt anunțate de personalul medico-sanitar asupra locului și datei prezentării, după care se face un consult pentru a se stabili o eventuală contraindicație. Vaccinarea în aceste condiții nu comportă nici un pericol, reacțiile produse în organism sînt minime, în schimb folosul lor este deosebit.

În țara noastră se practică anual milioane de vaccinări. Rezultatul acestor acțiuni se poate constata prin reducerea și lichidarea variolei, difteriei, poliomielitei, tetanosului, febrei tifoide, boli grave care în trecut dădeau o mortalitate mare sau un important număr de infirmi.

Studierea și aplicarea în practică a unor noi vaccinuri (antirujeolic, antiurlian, antidizenteric), folosirea corectă a actualelor produse vor fi urmate de o scădere considerabilă a bolilor contagioase, consolidîndu-se astfel rezultatele frumoase obținute pînă în prezent.

Dr. Al. DOBRESCU

OBEZITATEA

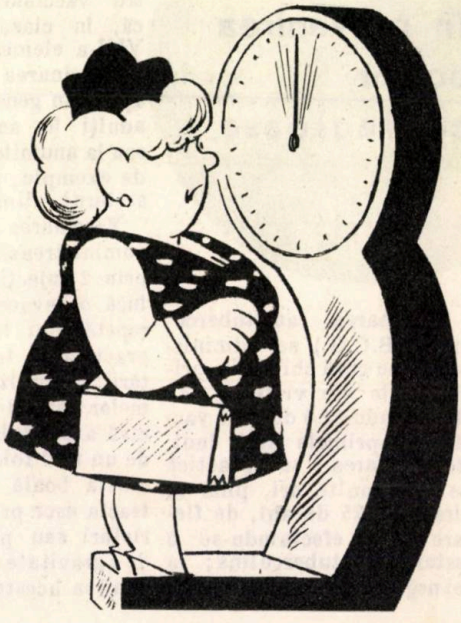
În general, numim obez orice persoană care prin aspectul său indică o depășire importantă a greutății corporale normale prin depozitarea unei cantități însemnate de grăsimi. Științific vorbind, obezitatea este depășirea cu peste 10% a greutății corporale normale. Obezitatea moderată cuprinde depășiri între 10—15% a greutății normale, obezitatea mijlocie de 15—20%, iar peste 20% depășire avem de-a face cu obezitatea avansată.

Mecanismul obezității de origine alimentară este similar cu o balanță la care un taler este reprezentat de aportul alimentar, iar celălalt taler de posibilitățile de ardere a substanțelor nutritive în organism. Cînd balanța este în echilibru avem starea de nutriție normală. Cînd aportul alimentar este exagerat, balanța se înclină de partea sa, organismul arde numai cîte substanțe nutritive poate, restul transformîndu-le în grăsime de depozit, care se depune cu predilecție sub piele.

Spunem obezitate de origine alimentară pentru a face deosebirea de obezitățile de origine endocrină, neuropsihică sau legate de pubertate, sarcină și menopauză la femei, a căror origine nu se află în alimentația excesivă, ci în diverse tulburări metabolice care au punct final comun excesul cantității de grăsime de depozit.

Dar nu acesta este principalul neajuns. Un obez își cară literalmente în spate excesul de greutate. Cele 15—20 kg în plus sînt o povară purtată cu prețul oboselii inimii. Respirația este îngreuiată de depozitul de grăsime abdominal, care stînjenește mișcările diafragmului. În același timp, organele digestive abdominale nu mai funcționează normal. Ficatul se încarcă cu grăsime, rinichii devin deficitari, băsica fierii se umple cu pietre. Grăsimea circulantă din sînge se depune pe artere și apar ateroscleroza și hipertensiunea arterială. Mortalitatea prin boli cardio-vasculare este dominantă la obezi. Femeile obeze suferă mai frecvent de tulburări menstruale, de sterilitate, avorturi spontane și nașteri înainte de termen, iar copiii la termen sînt născuți cu prețul unor traumatisme mari la naștere.

Rezultă deci că obezitatea este o boală care trebuie tratată, dar mai ales prevenită. Cauza principală a obezității de origine alimentară este, cum s-a mai spus, excesul de aport



rafinate și bogat excitante devine obișnuință, excesul se fixează ca un obicei, ca un stereotip dinamic și apare obezitatea împotriva căreia va lupta cu atît mai greu, cu cît obiceiurile alimentare sînt mai vechi și mai fixate. Obiceiuri ca excesul de consum de făinoase, de dulciuri, supraalimentația globală, consum crescut în anumite stări de convalescență care se fixează apoi ca reflex condiționat permanent sînt principalele cauze ale acestui gen de obezitate.

Pornind de la explicarea cauzei, singurul mijloc de prevenire a obezității de origine alimentară este consumul unui regim echilibrat, la nivelul nevoilor organismului. Cel mai simplu mijloc de control al regimului echilibrat, pe care și-l poate aplica fiecare individ, este cîntărirea periodică. Un individ adult normal, cu regim alimen-

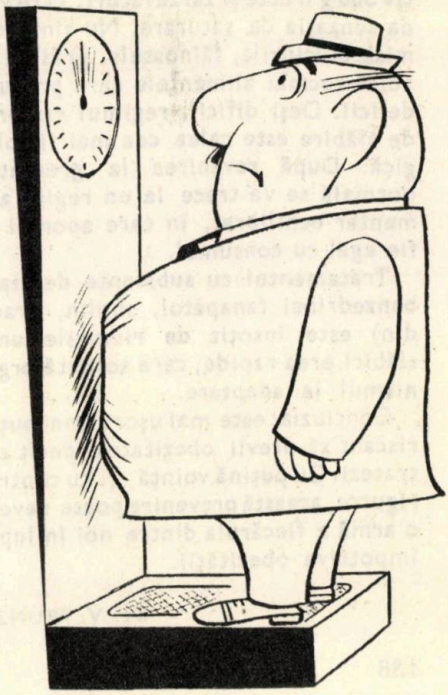
DE ORIGINE ALIMENTARĂ

alimentar. Omul se hrănește sub impulsul a două cerințe:

— prima cerință: aportul alimentar necesar pentru a echilibra pierderile metabolice, deci necesarul vital fără de care nu ar putea supraviețui și munci;

— a doua cerință: este ceea ce devine plăcut în actul alimentației, cerință apărută mult mai tîrziu decît prima, în cursul dezvoltării psihobiologice și sociale a omului. În virtutea acestei cerințe, omul selecționează preferențial alimentele pe care le mănîncă.

Cu progresele civilizației, prima cerință este progresiv neglijată, omul civilizat de astăzi avînd posibilitatea de a-și satisface toate plăcerile alimentare în virtutea celei de a doua cerințe. Cu timpul, consumul unor alimente



tar echilibrat, nu trebuie să aibă nici o fluctuație în greutate. La orice creștere în greutate, regimul poate fi autoreglat pînă se obține revenirea la normal. Persoanele care au deja o tendință la îngrășare se vor prezenta la medic, care după examenele și analizele de rigoare va indica regimul caloric potrivit. Prevenirea obezității este în primul rînd o problemă de voință, de a-și impune un anumit comportament față de plăcerile procurate de alimente.

Aceeași voință este necesară și în tratamentul obezității de origine alimentară. Cu cît este mai plăcut să te îngrași, cu atît este mai neplăcut să revii la greutatea normală. Medicul va indica de obicei un regim numit hipocaloric, adică cu aport de substanțe nutritive mai mic decît necesarul, pentru a sili organismul să-și ardă rezervele. Acest regim va cuprinde în mare cam 100 g carne slabă fiartă, o feliuță de pîine și aproximativ 500 g fructe și zarzavaturi, care vor da senzația de saturare. Nu sînt permise dulciurile, făinoasele, grăsimile, adică tocmai alimentele care procură delicii. Deși dificil, regimul rațional de slăbire este calea cea mai fiziologică. După revenirea la greutatea normală se va trece la un regim alimentar echilibrat, în care aportul să fie egal cu consumul.

Tratamentul cu substanțe de tipul benzedrinei (anapetol, suplin, gracidin) este însoțit de riscurile unei slăbiri prea rapide, care solicită organismul la adaptare.

Concluzia: este mai ușor și mai puțin riscant să previi obezitatea, decît s-o tratezi. Cu puțină voință și cu control riguros, această prevenire poate deveni o armă a fiecăruia dintre noi în lupta împotriva obezității.

Dr. V. FRUNZĂ

Răspunsul jocurilor de la p. 82—83

FARMACIE?

Orizontal: 1. Aspirină. — Of; 2. Miime — Etala; 3. Eprubetă — Er; 4. Anume — Nam; 5. Mitu — Cegă; 6. Api — Alcolic; 7. Lada — Saline; 8. Adormiți — Ou; 9. Ino — Vărsat; 10. Anume — Reuși; 11. Balanța — CEC.

Vertical: 1. Ameteală — AB; 2. Sip — Padina; 3. Piramidonul; 4. Imuni — Aroma; 5. Rebuta — En; 6. Emulsiv; 7. Nete — Cătară; 8. Ață — Colire; 9. Neli — Nuc; 10. Oleaginoase; 11. Farmaceutic.

●

MEDICINĂ?

Orizontal: 1. Empirism — Ață; 2. Pere — Avion; 3. Id — Rîios — Ață; 4. Diabet — Ca — Et; 5. Ec. — Anatomo; 6. — Mișcător — Pem; 7. Intimidate; 8. Ei — Di — Ud — Rac; 9. Speculată; 10. — Ați — Ira — Eta; 11. Ev. — Irosire; 12 — Peristaltism.

Vertical: 1. Epidemie — Arp; 2. Medicinist; 3. Pr — St — Pier; 4. Ierbicide — Vi; 5. Ie — Amici; 6. Iritați — Urît; 7. Nodulară; 8. Mascaradă — Ol; 9. At. — Test; 10 — Aia — Operații; 11. Toteme — Ars; 12. Anatomică — Em.

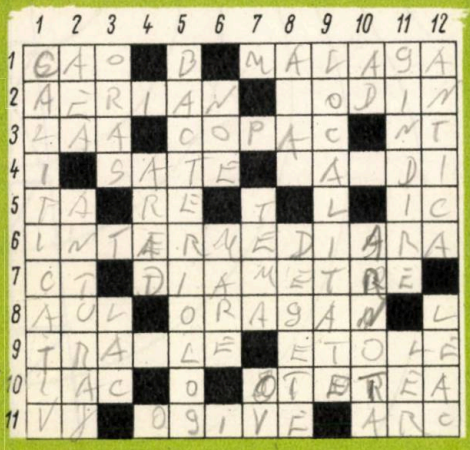
●

„CARE ESTE RĂSPUNSUL POTRIVIT" (pag. 67)

1—A; 2—B; 3—C; 4—C; 5—B; 6—C; 7—A; 8—B; 9—B; 10—C; 11—A; 12—A; 13—A; 14—C.

JOCURI

ÎN DIFERITE MEDII...



Orizontal: 1. Navigator portughez în MEDITERANA. (sec. XV) — Port spaniol la MEDITERANĂ. 2. MEDIU de viață. — Sculptor francez. (sec. XIX). 3. Oraș în Austria. — Arbore. — Nota traducătorului. 4. Se află în MEDIU rural. (pl.) — Filantrop român (sec. XIX) 5. MEDIE de sfat! — ... și de preț! — În mic! 6. MEDIATOARE. 7. În sector. — MEDIANA cercului. (pl.) 8. Sat în Crimeea. — Uragan (reg.) 9. Târgi de lemn. (reg.) — Blană purtată în jurul gîtului. (pl.) 10. Animal din Tibet. — Academician român, savant în domeniul istoriei. 11. Vasile Jianu. — Caracteristice arhitecturii din Evul MEDIU. — Armă caracteristică antichității și în bună parte și Evului MEDIU.

Vertical: 1. MEDIE. (fig.). 2. Insulă în Marea MEDITERANĂ. — MEDIU. 3. MEDIAS. — Formă de MEDIU acvatic. 4. Munte în Arabia. 5. Folosește MEDII în laborator. 6. Personaj legendar. — MEDITERANA. 7. „În diferite MEDII". — Sufix. 8. Locuitor din MEDINA. — MEDIUS. (pl.) 9. MEDIAS. 10. În cadă! — Mînăstire din raionul Vîlcea. 11. MEDITAȚIE. — Refren de colinde. 12. Anterioară Evului MEDIU — MEDICAMENT. (pop). Cuvinte rare: LAA — AEA — ARED

Dr. P. V. BALENTY

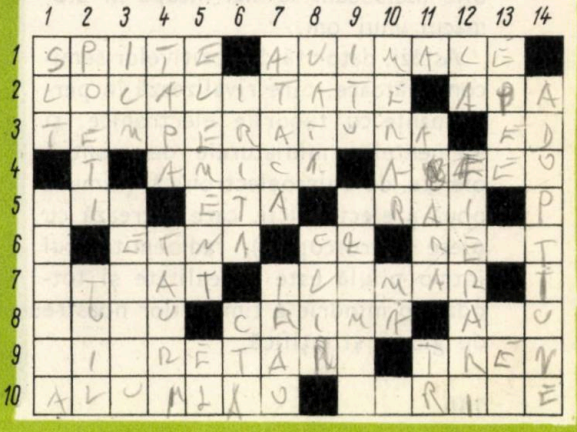
SĂNĂTATE DE... FIER

Orizontal: 1. Raze de FIER... — FIARE. 2. FIERBINȚI... pe hartă. — Atacă FIERUL. 3. FIERBINȚEALA. — Editură. (abr.) 4. Prietenă. — Interjecție de durere. 5. Fabrică „TONOFER" (abr.) — Literă elină — Minte în Islanda. 6. „FIERBĂTOR"... în Sicilia. — Clor. — FIARA în genul pisicii. 7. Cu defecte (med.) — ÎNFIERAT (fig.). 8. Uliu (reg.) — Este ÎNFIERATĂ de lege. — „FIERBĂTOR"... în Japonia. 9. GREFIER. (fem.) — Drum... de FIER. 10. FIER cu luciu alb. — RAREFIERE.

Vertical: 1. Abreviație militară. — FIARE. 2. ALFIERI. (pl.) — Stindard turcesc. (od.) 3. Întreprinderea pentru Colectarea Metalelor. — A FIERUI (pop.) 4. A lua bani cu împrumut. (fam.) — Încep a FIERBE... cînd văd roșu. 5. FIER. — Dînsul. 6. A FIERBE. (fig.) — Constanța (abr.). 7. Verbul ruginei asupra FIERULUI. — Bate FIERUL... 8. Localitate în Cipru. — Cler (pop.) 9. În situație! — Bate FIERUL... și alama. 10. Vînzător de mere. (od.) — LA FERMA! 11. Din cînd în cînd. (reg.) — Transilvania. (abr.) 12. Nota diapazonului. — FIARE. (reg.) 13. Numele unui abate francez. — FIERTURĂ... de laborator. 14. ÎNFIERE.

Cuvinte rare: ARRA — USU — NATA — AUREA — EPEE

Dr. P. V. BALENTY



Răspunsul la pag. 143

SEMNALE

Cu siguranță că ați auzit, ați văzut sau poate ați avut ocazia de a cunoaște o sondă gastrică...

Într-adevăr este vorba de un tub de cauciuc care se introduce prin gură, pînă în stomac, pentru a recolta sucul gastric. Este o operație nu atît de ușoară pentru doctor pe cît de neplăcută pentru pacient. Unele persoane cu mari eforturi pot înghiți o asemenea sondă. Dar iată că și de data aceasta salvatoarea este tot electronica aplicată, care a reușit să substituie tubul de cauciuc cu o pilulă. Pentru că pilula este oferită de electronică, aceasta se numește „radiopilulă". Unii o mai numesc prin asociere cu sonda clasică, endoradiosondă, iar alții mai prescurtat radiocapsulă. Pentru a nu vă pierde răbdarea, să încerc să dezvălui ce este această pilulă minune. Nici mai mult nici mai puțin, este vorba de un radioemițător. Poate veți zîmbi neîncrezători știind că o stație de radioemisie se întinde pe orizontală și pe verticală, atingînd dimensiuni apreciabile nicidecum să mai încapă în stomacul unui om.

Astăzi, datorită dispozitivelor semiconducătoare, care rivalizează în performanțe cu tuburile electronice, și elementelor miniaturale de montaj, oferite de microelectronică (ramură nouă a electronicii, care lucrează cu piese microscopice), radioemițătorul într-o pilulă este o realitate și totodată o mîndrie a timpurilor noastre de glorie științifică.

Elementul activ al acestui emiţător radio este un tranzistor montat într-o schemă de oscilator. Alimentarea cu energie a acestui montaj se face cu un minuscul acumulator de 1,2—1,35 V, care asigură o autonomie în funcţionare pînă la 100 de ore.

Bobina şi condensatorul circuitului oscilant joacă totodată rol şi de traductor ai parametrilor fizici stomacali, în mărimi electrice. La schimbarea parametrilor fizico-chimici care înconjură pilula se schimbă şi frecvenţa de oscilaţie a emiţătorului.

Prin intermediul antenei care se plasează în imediata apropiere a subiectului (sau se îmbracă pe om), se primesc informaţiile de studiu la staţia de recepţie. După amplificarea semnalului captat de antenă, acesta se aplică la un bloc numit discriminator, unde se obţin oscilaţii de joasă frecvenţă, care din nou amplificate se înregistrează sau se vizualizează la un osciloscop catodic. Interpretarea acestor diagrame duce la măsurarea indirectă sau, cum se mai spune, la radiotelemetria unor parametri fizici din traiectul gastro-intestinal, cum ar fi temperatura, presiunea interioară, aciditatea sau alcalinitatea mediului intestinal, adică concentraţia ionilor de hidrogen, mai exact aşa-numitul pH, pentru a întrebuinţa termenul ştiinţific consacrat.

În general, radiopilulele sînt construite specializat pentru a măsura cîte unul din parametrii enumeraţi. Unele radiocapsule au fost făcute pentru a experimenta posibilitatea de a culege informaţii în legătură cu vascularizarea în timpul digestiei, cu acţiunea fermenţilor şi altele.

La construirea acestui aparat pitic, constructorii s-au lovit de greutăţi importante, care nici astăzi nu au fost complet înlăturate.

Primele radiosonde gastrointestinale au avut un gabarit mare: pînă la 30 mm în lungime şi 10—12 mm diametru. Cu timpul, ele au fost micşorate, luptîndu-se pentru fiecare zecime de milimetru.

Frecvenţa pe care lucrează aceste staţii de radio originale este cuprinsă în două game şi anume: 300—450 KHz, 1,9—2,0 MHz.

Tehnologia lor este în continuă perfecţionare.

Radiopilula destinată telemăsurării presiunii, echipată cu traductor de presiune-frecvenţă, permite o exteriorizare a schimbărilor de presiune echivalentă cu oscilaţiile unei coloane de apă cuprinsă între 0 şi 200 cm.

DIN INTERIORUL ORGANISMULUI

Pentru măsurarea temperaturii în interiorul aparatului digestiv se folosesc drept traductori condensatorii din circuitul oscilant, cu dielectric siegneto-ceramic. Variaţia temperaturii cu un grad produce o variaţie a frecvenţei cu 0,5—1,0%.

La măsurarea pH-ului se folosesc microelectrozi speciali, care permit măsurarea concentraţiei ionilor de hidrogen între cifrele 1 şi 9 pentru o variaţie a frecvenţei emiţătorului de maxim 100 KHz.

Există şi radiocapsule pasive, fără sursă de alimentare interioară. Acestea dispun în loc de acumulator de un circuit oscilant ce rezonează pe frecvenţa aproximativă de 400 KHz, emisă de un generator exterior. Forţa electromotoare alternativă de înaltă frecvenţă, indusă astfel, este redresată

de un element semiconductor şi oferită ca tensiune continuă pentru a funcţiona normal emiţătorul pilulă. Cu această perfecţionare, aparatul liliputan are dimensiuni şi mai reduse, un timp de utilizare nelimitat şi o construcţie mai delicată.

Tot ca ultimă realizare în radiotelemetria medicală se poate aminti construirea unor radiopilule care permit culegerea concomitentă a mai multor informaţii fiziologice necesare în diagnosticarea bolilor gastrointestinale.

Printre multiplele avantaje pe care le au aceste radiosonde moderne, putem aminti faptul că ele se înghit foarte uşor, pot fi mişcate în interiorul intestinului cu ajutorul unor electromagneţi exteriori, nu influenţează funcţionarea normală a organelor investigate, sînt urmărite în deplasarea lor cu ajutorul radiaţiilor Röntgen sau al ultrasunetelor. Trebuie de remarcat avantajul că zonele cu ulceraţii sînt repede depistate, deoarece aceste regiuni au o temperatură mai ridicată decît ţesuturile normale.

Extinderea acestor metode este valabilă şi în terapeutică. Pacientul înghite o radiocapsulă care în decurs de 24 de ore rămîne în stomac în stare de suspensie, cu ajutorul unui fir de mătase. Aparatul are misiunea să transmită date referitoare la gradul de aciditate al conţinutului stomacului. Controlarea gradului de aciditate, a sucurilor secretate de stomac şi administrarea cantităţii de substanţe alcaline în scopul creării condiţiilor pentru cicatrizarea ulcerului, constituie esenţa acestei metode terapeutice.

Metodele radiotehnice de control şi măsură a diferiţilor parametri ai organismelor vii au intrat puternic în practica cercetărilor medicale şi tind să fie adaptate în practica curentă din marile clinici universitare, cu toate că prima radiopilulă a fost realizată recent.

Trebuie să amintim cu justificată mîndrie că în urmă cu cîţiva ani şi la noi în ţară a fost confecţionată o radiosondă gastrointestinală, lucru ce relie-fează încă odată nivelul avansat a ştiinţelor tehnice şi medicale din ţara noastră.

Endoradioemiţătoarele tind să se generalizeze şi în alte domenii ale medicinei, cum ar fi stomatologia. Un astfel de radioemiţător miniatural a fost plasat în interiorul unui dinte artificial. Cu acest sistem s-au putut elucida unele presupuneri de felul cum se face masticaţia nu numai calitativ ci şi cantitativ, măsurîndu-se forţele, presiunile şi alţi parametri fizici care intervin asupra maxilarului în activitate.

Ing. M. DUZINEANU

MOZAIC MEDICAL

Ulcerul gastric și efortul fizic. *Experimental — pe șobolani — s-a constatat că efortul fizic are efect protector față de apariția ulcerului. Administrîndu-se substanțe ulcerigene la animale care sînt silite să facă eforturi fizice (înot zilnic pînă la epuizare) și la animale care nu efectuează acest efort, s-a observat că primele au prezentat ulcerații mult mai mici, efectul ulcerigen al substanței administrate fiind mult diminuat. Explicația ar consta în faptul că în cursul efortului fizic în secreția gastrică crește cantitatea de mucină cu rol protector.*

Opacifierea radiologică a arterelor coronare. *Reprezintă o metodă utilă în diagnosticul bolilor coronariene. Constă în introducerea prin cateterism venos a unei sonde speciale, care ajunsă în inimă este alungită spre regiunea acestor artere. Cu ajutorul acesteia se introduce substanța de contrast, astfel încît se poate face radiografia arterelor coronare. Metoda este bine suportată de bolnav, iar imaginile obținute au fost de un real folos în stabilirea diagnosticului.*

Substanță hepatică protectoare. *Acidul thiazolidin-4-carboxilic este în studiu pentru tratamentul hepatitei epidemice. Experimental s-a constatat că protejează ficatul față de regimul sărac în proteine administrat animalelor. În cazul cînd se provoacă necroze hemoragice acest preparat intervine, împiedicînd instalarea acestora. În tratamentul hepatitei epidemice are efecte utile, limitînd distrugerile și favorizînd activitatea biologică a celulei hepatice.*

Aparat pentru detectarea anomaliilor în funcționarea inimii. *În Germania s-a construit un aparat electronic de buzunar care depistează cea mai ușoară tulburare a bătăilor inimii. Are un mecanism sonor care emite semnale cînd se constată anomalii în bătăile inimii.*

Diabetul zaharat și insulina. *De la descoperirea insulinei, moartea prin comă diabetică a scăzut de la 64 la 2%. În același timp, îmbolnăvirile prin diabet au crescut, această boală devenind astăzi a 8-a cauză de deces în lume.*

Răspunsul jocurilor de la pag. 139

ÎN DIFERITE MEDII

Orizontal: 1 — Cao — Malaga; 2 — Aerian — Rodiri; 3 — Laa — Copac — Nt; 4 — Sate — Boldi; 5 — Fa — Re — Ic; 6 — Intermediară; 7 — Ct — Diametre; 8 — Aul — Oragan; 9 — Tragle — Etole; 10 — Lac — Oțetea; 11 — V.J. — Ogive — Arc.

Vertical: 1 — Calificativ; 2 — / ea — Anturaj; 3 — Oraș — Lac; 4 — Ared; 5 — Bacteriologie; 6 — Noe — Mare; 7 — Tema — Ov; 8 — Arab — Degete; 9 — Localitate; 10 — Ad — Arnota; 11 — Gîndire — Ler; 12 — Antică — Leac.

SĂNĂTATE DE FIER

Orizontal: 1. — Spițe — Animale; 2 — Localitate — Apă; 3 — Temperatură — Ed; 4 — Amică — Aoleu; 5 — CIF — Eta — Arra; 6 — Etna — Cl — Enot; 7 — Tarat — Blamat; 8 — Uleu — Crimă — Ușu; 9 — Secretară — Tren; 10 — Emailat — Rărire.

Vertical: 1 — Slt — Cătușe; 2 — Poeți — Alem; 3 — ICM — Ferecat; 4 — Topa — Tauri; 5 — Element — El; 6 — Irita — Cta; 7 — Ataca — Briat; 8 — Nata — Clir; 9 — Itu — Alămar; 10 — Merar — Ma; 11 — Aorea — Tr; 12 — La — Lanțuri; 13 — Epee — Ser; 14 — Adopțiune.

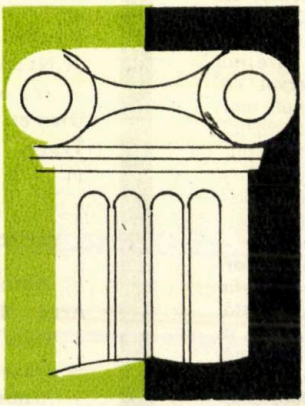
CIUMA DE LA ATENA

Molime fără număr, care de care mai pustiitoare, s-au abătut din cele mai vechi timpuri asupra omenirii. Cronicile au consemnat multe asemenea epidemii, iar în textele medicale se întîlnesc relatări pline de interes despre ele. Una din cele mai complete şi mai interesante descrieri epidemiologice din trecutul foarte îndepărtat nu se datoreşte însă unui medic, ci lui Tucidide, vestitul istoriograf elen.

Din memorabila sa scriere „Despre războiul peloponeziac" aflăm că în anul 430 î.e.n. a bîntuit la Atena o molimă cumplită. Traducătorii folosesc, pentru a desemna respectiva boală, termenul *pestă* sau *ciumă*, deşi, după toate probabilităţile nu a fost vorba atunci de ciuma bubonică pe care o cunoaştem astăzi.

Tucidide arată că epidemia şi-a avut obîrşia în Etiopia, după care a decimat Libia şi Egiptul. Pe pămîntul grecesc, primele victime s-au semnalat în portul Pireu; curînd, cetatea Atenei avea să fie cuprinsă în întregime de spaimă, căci nici rugăciunile şi nici meşteşugul vindecării nu s-au dovedit capabile să curme flagelul. Mai mult încă, medicii căzeau mai des jertfă molimei, ca unii ce veneau permanent în contact cu bolnavii.

Principalele manifestări ale bolii erau acestea: călduri mari, umflarea ochilor şi a organelor din cavitatea bucală, îngreunarea respiraţiei, strănut şi răguşeală, tuse grea, vărsături cu



fiere; corpul se acoperea cu băşici şi răni; bolnavii erau într-atîta cuprinşi de fierbinţeală şi de sete, încît nu sufereau pe ei nici un veşmînt, iar unii se aruncau în puţuri. Mulţi mureau într-a opta sau a noua zi de boală, adesea ca urmare a diareei nestăvilite. Se semnalau şi cazuri cînd însănătoşirea se producea după ce suferindul pierduse un ochi, o mînă, un picior sau organele genitale. Cîteodată, cei vindecaţi nu mai recunoşteau pe cei apropiaţi lor şi nici măcar nu-şi mai aminteau cine sînt ei înşişi.

De notat că molima a cuprins şi animale, păsări care se atingeau de cadavrele omeneşti.

Istoricul antic remarcă importanţa factorului moral în lupta împotriva îmbolnăvirii, căci dacă cei care începeau să se simtă rău se lăsau pradă descurajării, pieirea lor era mai sigură decît a celor care făceau eforturi pentru a învinge suferinţa.

Atenienii erau perfect conştienţi că au de-a face cu o boală transmisibilă. De aceea, mulţi se fereau să se apropie de trupurile morţilor şi chiar de rudele şi prietenii care zăceau. Aşa se face că numeroşi bolnavi pereau din lipsă de orice îngrijire, iar pe de altă parte, molima îşi culegea victimele mai cu seamă dintre cei îndrăzneţi şi virtuoşi, care nu puteau răbda să-i vadă pe cei dragi lor chinuindu-se neajutoraţi. De remarcat totuşi că fenomenul, atît de frecvent semnalat în trecutul epidemiologic al ţării noastre şi al altor ţinuturi, al „risipirii" populaţiei prin păduri şi prin „locuri neumblate" nu s-a produs şi la Atena, unde, dimpotrivă, aşa cum arată Tucidide, s-a înregistrat, în timpul molimei, un aflux al populaţiei rurale către oraş. Se vede că ţăranii se socoteau mai apăraţi la umbra templelor de pe Acropole. Dar, recunoaşte istoricul antic, aglomerarea extremă a populaţiei a fost izvorul unor şi mai mari neajunsuri.

Dezolarea semănată de epidemie a dus la relaxarea moravurilor. Văzînd cît de ameninţată este viaţa tuturor, unii s-au dedat desfrîului.

Vom reţine şi amănuntul consemnat de Tucidide că cel vindecat nu se mai îmbolnăvea a doua oară.

Istoricii epidemiologiei nu au contenit discuţiile prilejuite de încercarea de a

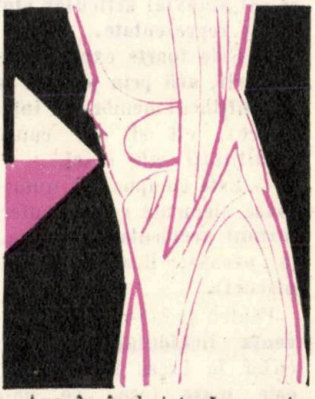
identifica, în lumina datelor actuale ale ştiinţei, molima care a devastat lumea grecească în cursul războiului peloponeziac. Foarte puţini sînt cei care cred că ar fi fost o epidemie de ciumă „moartea neagră" care a umplut de groază oraşele şi satele medievale. Mulţi socotesc că trebuie să ne gîndim la tifosul exantematic, afecţiune care uneori determină amputaţii spontane ale membrelor. Alţi cercetători încriminează variola; acesta este punctul de vedere pe care l-au îmbrăţişat un şir de vorbitori la Congresul internaţional de istoria medicinei din 1960 de la Atena. S-au adus în ultimele decenii şi argumente în favoarea identificării „ciumei" antice cu rujeola, scarlatina, febra galbenă, denga etc. Unii istorici au făcut şi presupunerea că ar fi fost vorba de o boală contagioasă azi total dispărută.

Iată deci că „ciuma" de la Atena îşi păstrează „taina" ei. Ceea ce nu umbreşte valoarea istorică şi literară a descrierii lui Tucidide, care a izbutit să evoce cu precizie şi plasticitate un memorabil eveniment medical de acum 2 400 de ani.

Dr. Gh. BRĂTESCU

LA GENUNCHI...

(Hidartroza)



Se întîmplă destul de frecvent ca unii bolnavi accidentaţi să întrebe cu oarecare îngrijorare în glas:

— Oare n-am să fac apă la încheietură?

În imensa majoritate a cazurilor, teama aceasta ascunde o înţelegere greşită a fenomenului, a mecanismului de producere şi a semnificaţiei cuvîntului, ceea ce face necesară o lămurire de ordin medical.

Să precizăm încă de la început ce înţeleg unii bolnavi prin expresia de „apă la încheietură", ce se ascunde sub teama lor. Desigur este vorba de „tuberculoza articulaţiei". Or, faptele nu stau în realitate chiar aşa...

Orice articulaţie din corpul omului (şi anume cele mobile, care posedă o cavitate articulară) are în interiorul său o foiţă seroasă — membrana sinovială — care tapetează capetele osoase ce intră în componenţa încheieturii şi care fabrică un lichid uleios (sinovia) necesar pentru favorizarea alunecării, mişcării.

Deci, în mod normal, articulaţiile cu oarecare mobilitate posedă în interiorul lor o cantitate de lichid, redusă ce este drept şi nedecelabilă la vedere sau la palpare. Cu cît mobilitatea articulară este mai evidentă, cu atît cavitatea articulară este mai încăpătoare şi cantitatea de lichid articular mai mare.

Apa în încheietură nu este în fond altceva decît prezenţa unei cantităţi exagerate de lichid sinovial, fabricată în exces de membrana articulară care a suferit o iritaţie oarecare. Agentul iritant poate fi foarte variat: o forţare mecanică a articulaţiei (prin entorsă, luxaţie, fractură), o rană a ţesuturilor moi din jurul articulaţiei, o supuraţie, o intoxicaţie, o viroză sau boală infecţioasă generală, reumatism etc.

Desigur că şi tuberculoza osteo-articulară se poate înscrie printre aceşti agenţi iritanţi, producători de lichid intraarticular, dar frecvenţa sa este destul de mică, mai ales astăzi, cînd vaccinările şi antibioticele constituie o metodă excepţională de prevenire şi de tratament.

Genunchiul este poate articulația cea mai des interesată de o acumulare de lichid sinovial și faptul este datorit mai multor factori:

— Are o cavitate articulară mare, prin comparație cu alte articulații de aceeași mobilitate, din cauza necorespondenței totale a capetelor osoase care o formează. Dimpotrivă, țesutul grăsos și cel sinovial articular sînt bogat reprezentate.

— Este foarte expus accidentării, atît prin poziția sa (la mijlocul membrelor inferioare), cît și din cauza mobilității sale mari.

— Este compus din numeroase elemente ce pot suferi leziuni accidentale (eminențe osoase, ligamente, meniscuri).

Pentru aceste motive, frecvența lichidului intraarticular în exces la genunchi este mare (ceea ce ne-a determinat să luăm această articulație drept tip), în timp ce la încheieturile cu cavitate articulară mică și mobilitate redusă (cum sînt suturile craniului, simfizele, sau articulațiile dintre vertebre), lichidul intraarticular este excepțional sporit ca volum.

În afara lichidului produs de iritația membranei articulare, umflarea unei încheieturi ca genunchiul mai poate fi însă produsă și de un revărsat de sînge (hemartroză), provenit din vase de sînge rupte în interiorul sau în jurul articulației, în cazul unui accident. În amîndouă eventualitățile, repaosul articulației respective, cu o medicație adecvată și supraveghere atentă, duc la resorbirea lentă a lichidului articular (apă sau sînge) și fenomenele reintră în normal. Nici vorbă de tuberculoză...

O altă concepție greșită însă, care favorizează aceste temeri, este și aceea că un traumatism (accident) asupra unei încheieturi provoacă instalarea tuberculozei articulare. Eroarea datează dintr-o perioadă mai veche (acum circa 20—30 de ani), cînd frecvența bolii, mai ales la copii și tineri, era foarte mare. Aproape de regulă, părinții afirmau că încheietura copilului s-a îmbolnăvit în urma unei lovituri sau căderi.

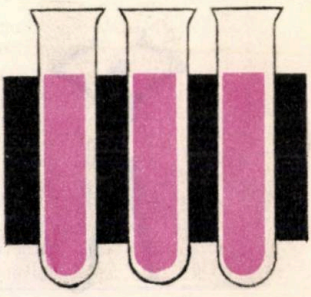
Realitatea era însă alta. Infecția tuberculoasă exista în organismul copilului, în mod latent, fără posibilitatea de a o stăpîni în mod eficace (cum avem astăzi asemenea posibilități) și se declanșa cu ocazia unei lovituri, căderi etc. Boala putea deveni mai manifestă, în special în perioadele de creștere, cînd există o rezistență mai scăzută a organismului la infecție și se localiza pe acele organe care vădeau o creștere mai bruscă (oasele), fiind deci mai receptive.

Fenomenul mai era posibil în trecut și prin faptul că marea masă de copii erau denutriți, debilitați de diferite alte boli, devitaminizați, nevaccinați. Traumatismul nu făcea altceva decît să grăbească niște manifestări de boală care ar fi apărut și fără el, mai devreme sau mai tîrziu. Astăzi, în epoca de vaccinare sistematică, de vitaminizare permanentă a copiilor, de hrană rațională, de tratament cu antibiotice, fenomenul este dacă nu imposibil, în orice caz mult mai rar.

De altfel, tuberculoza osteoarticulară prezintă în afara umflării încheieturii și un cortegiu întreg de semne clinice, dintre care lichidul intraarticular nu este altceva decît una din manifestări. Simpla prezență a lichidului în încheietură nu ne dă dreptul să ne gîndim direct la tuberculoză. Încheietura trebuie să fie, pe lîngă aceasta, caldă, dureroasă, cu mișcări limitate mai mult sau mai puțin, cu ganglioni măriți în vecinătate, cu un anumit aspect al radiografiei, cu modificări ale probelor sîngelui, cu febră mai mică sau mai mare, stare generală proastă, și așa mai departe.

Toate cele expuse pînă aici au drept unic scop să combată teama exagerată; se impune o prudență logică și sănătoasă; accidentatul se va prezenta în fața medicului de specialitate, care prin examen clinic, radiologic și de laborator poate preciza diagnosticul și impune tratamentul.

Dr. P. V. BALENTY



ELECTRONICA SALVEAZĂ INFIRMII

Pe lîngă protezele cu scop estetic (ochi artificiali din sticlă, nas din plastic susținut de ochelari etc.) sau a celor funcționale mecanice (dinți, maxilar inferior, braț articulat din plastic, capul osului femural din rășine acrilice etc.), în ultimul timp au apărut și se utilizează cu succes o serie întreagă de proteze electronice care au determinat, după cum am mai amintit, crearea unui nou domeniu medical, și anume acela al „proteticii electronice".

Circuitele electronice din aceste proteze realizate pe bază de dispozitive semiconductoare au posibilitatea de a asigura o amplificare mare a biocurenților, o sensibilitate deosebită a dispozitivelor de control și automatizare, precum și o traducere fidelă a mărimilor neelectrice în mărimi electrice.

În rîndurile următoare vom prezenta cele mai reprezentative proteze care au la bază tehnologia electronică.

Pentru persoane cu afecțiuni auditive, utilizarea unei proteze auditive constituie un important ajutor, redîndu-le posibilitatea să lucreze cu întreaga capacitate de muncă.

O proteză auditivă este în esență o mică stație de sonorizare, deoarece dispune de un microfon, un amplificator electronic și un mic difuzor tip cască. Microfonul piezoelectric miniaturizat convertește oscilațiile sonore în oscilații electrice pe care le amplifică amplificatorul electric cu semiconductori. După amplificare, sunetul este refăcut de traductorul curent-sunet care este plasat în interiorul urechii.

Formele în care sînt realizate aceste proteze apar foarte diferite, în funcție de gradul de surditate al pacientului. În cazul unei surdități reduse sau afecțiuni a urechii interne se utilizează proteza cu transmisie aeriană, sub formă de tabacheră, agrafă de păr sau cilindri introduși în canalul urechii externe.

În cazul cînd surditatea se datorește unei afecțiuni a urechii mijlocii, transmiterea sunetului se face prin intermediul osului mastoid cu ajutorul unui traductor (curent-sunet) piezoelectric. Proteza se realizează în acest caz sub formă de ochelari fonici, lulea, care transmite oscilațiile sonore prin intermediul dinților, sau sub formă de proteză dentară, pentru ca sunetul să se propage prin intermediul maxilarului.

Dacă este afectată atît urechea medie, cît și cea internă, se experimentează folosirea unor proteze cu transmisie directă pe nerv.

Datorită microminiaturizării, ultimele tipuri de asemenea aparate pot fi introduse cu totul în ureche, deoarece au dimensiuni comparabile cu o gămălie de ac. Se scoate în evidență că în acest volum sînt cuprinse microfonul, amplificatorul cu 6 tranzistoare și 12 rezistori, receptorul, precum și sursa de alimentare electrică.

Folosind sensibilitatea pielii, profesorul J. Hirsch din Haifa experimentează un telefon pentru surdo-muți. Bazat pe faptul că un individ este capabil să capteze frecvențele de la 20 la 10 000 de cicli pe secundă și să le diferențieze prin palpare, noul aparat va transmite nu sunetele, ci frecvențele din care se compun cuvintele. Fiecare interlocutor va avea în fața sa o claviatură cu 5 clape. Cu vîrful degetelor, el va atinge clapele, formînd cuvintele de uzanță (circa 3 000).

Mai spectaculoase sînt aparatele care permit orbilor să-și recupereze parțial simțul vederii, care are o mare importanță pentru om, dat fiind că prin intermediul ochilor se primesc aproximativ 90% din informațiile referitoare la mediul înconjurător. Pentru acest scop, proteza electrică este astfel adaptată, încît informațiile luminoase, care nu mai pot fi percepute cu analizorul vizual, să fie recepționate cu simțul tactil sau auditiv.

Agenții de investigare a mediului înconjurător folosiți de aceste aparate sînt

radiațiile infraroșii, luminoase, ultraviolete sau undele electromagnetice din domeniul radio, precum și sunetele sau în special ultrasunetele.

Cea mai simplă proteză pentru un nevăzător poate fi un aparat de radio portativ cu tranzistori și antenă de ferită direcțională.

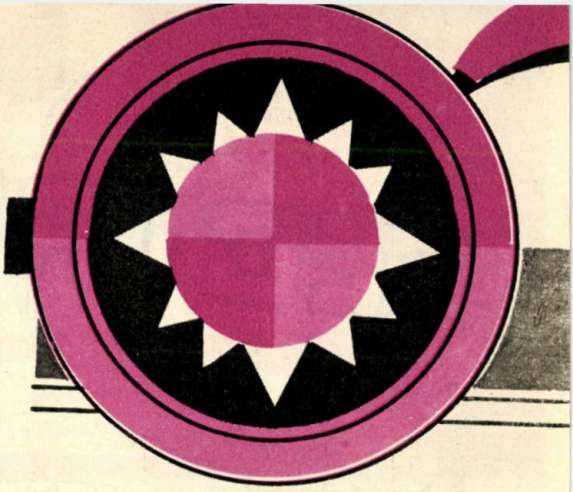
Se știe că un aparat de radio portativ, orientat într-o anumită poziție, dă o audiție minimă sau chiar nulă. Bazat pe acest lucru și pe necesitatea deplasării nevăzătorilor în linie dreaptă, s-au adaptat unele radioreceptoare care dau o alarmă auditivă sau tactilă, în momentul cînd orientarea diferă de cea fixată.

Clasicelor bastoane folosite de orbi pentru investigări apropiate li s-au adaptat relee electronice de proximitate sau, cum se mai numesc de specialiști, capacitive, care permit în acest fel o ușoară localizare a treptelor sau a denivelărilor de sol. Elementul sensibil la aceste dispozitive este o armătură metalică plasată la extremitatea bastonului, care față de pămînt sau față de un obstacol formează un traductor capacitiv. De îndată ce distanța bastonului față de sol se modifică (groapă, piatră, trotuar etc.) apare o variație capacitivă, care este sesizată de releul electronic și comunicată printr-un element special care are influență asupra simțului tactil sau auditiv.

Un sistem mai perfecționat de orientare pentru nevăzători este radarul portativ construit după sistemul biologic de orientare al liliacului, care se mai numește și „cîine electronic".

Acesta face localizarea obstacolelor pe baza ecoului recepționat la un interval de timp mai scurt sau mai lung de la emiterea unui semnal sonor (sau ultrasonor), incident. Aceste locatoare cu ultrasunete lucrează într-o bandă de frecvențe cuprinsă între 18 și 150 KHz. Impulsurile ultrasonore sînt dirijate cu reflectoare parabolice, puternic directive. După emiterea impulsului incident, sistemul trece automat pe recepție, pentru a capta unda reflectată și a măsura în acest fel distanța pînă la obstacolul proximal.

O altă categorie de proteze, destinate pentru cei cu simțul văzului pierdut, sînt realizate pe bază de dispozitive fotoelectrice. În acest caz se folosește lumina vizibilă și după cum iluminarea este naturală sau artificială, protezele se numesc pasive sau active; toate însă transformă imaginea optică într-o imagine sonoră.



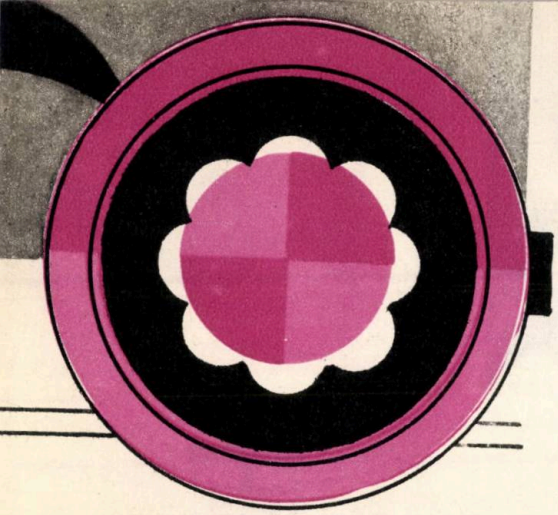
Tot aici se poate vorbi de așa-numiții ochelari pentru orbi, ale căror pseudolentile sînt un mozaic de fotocelule. Curenții născuți prin excitarea luminoasă a fotocelulelor influențează funcționarea unui generator de frecvență muzicală. Tonurile mai înalte sau mai grave sînt indiciul intensității luminoase și al direcției de unde sosește energia luminoasă.

Pentru nevăzătorii lipsiți de glob ocular au fost realizate proteze oculare fotoelectrice, introduse în orbită cu caracteristică spectrală apropiată cu a ochiului normal. În aceste condiții, imitația este reușită, deoarece globul artificial este mișcat de mușchii respectivi, iar luciul acesteia este asigurat prin funcționarea normală a pleoapelor și glandelor lacrimale, iar orientarea în acest caz poate fi făcută numai după o sursă luminoasă sau după optotipuri.

Pentru ajutorarea orbilor s-au realizat aparate electronice pentru citirea textelor nu cu alfabet Braille, ci cu litere curente. Acest aparat polifonic descompune fiecare literă, indiferent de mărime sau caracter, în elemente separate. Fiecare element grafic corespunde unui acord sonor, care este de fapt desenul fonetic distinctiv al literei. În timp ce textul este luminat de un spot luminos, capul de lectură parcurge rîndurile, iar difuzorul redă o muzică originală.

Instruirea unui nevăzător durează cîteva luni, ca să poată interpreta melodia codificată a mașinii, pînă la o viteză de 200 de litere pe minut.

Mergîndu-se pe această linie, s-a pus la punct proiectul unui aparat electronic care pronunță cu sunete cuvintele citite. Mașina electronică de citit poate fi folosită nu numai pentru orbi, ci și pentru scopuri ști-



inţifice, în acest caz ajungîndu-se la o viteză de citire de 500 de litere pe secundă.

În prezent se fac încercări reuşite pentru perfectarea aparatului care sortează mirosurile. Deoarece foloseşte dispozitive electronice, electroniştii au numit acest aparat „nas electronic", iar medicii i-au spus „olfactometru". Acest aparat, departe de a fi un capriciu al savanţilor, este folosit nu atît pentru protezare, în cazul lipsei simţului olfactiv, ci pentru diagnosticarea unor tumori cerebrale, în urma cărora simţul mirosului poate să se accentueze sau să se diminueze.

Pentru încercarea clasificării mirosurilor cu acest aparat s-au luat la întrecere medicii cu botaniştii, farmaciştii cu chimiştii. Cum numărul mirosurilor este enorm de mare, clasificările n-au rezistat criticilor teoreticienilor. Cu toate acestea, nasului artificial i se întrevăd de pe acum nenumărate aplicaţii, deoarece chiar indivizii perfect sănătoşi se dovedesc neputincioşi pentru percepţii olfactive de mare finețe.

Nasul electronic va putea percepe apariţia unor boli care produc un miros deosebit legat de o tulburare a ecuaţiei biochimice a corpului omenesc. Această invenţie va fi utilizată şi de ştiinţele tehnice, în industria alimentară pentru discernarea începutului imperceptibil al alterării unor alimente sau în cosmetică va sorta cu precizie produsele.

Protezarea electronică a repurtat succese şi în recuperarea vorbirii, prin realizarea aparatului de vorbire sau a aşanumitului „laringe artificial", cu ajutorul căruia un om care şi-a pierdut vocea în urma unei operaţii chirurgicale sau a unui traumatism laringean poate vorbi. Cu ajutorul acestui aparat, acela care-l foloseşte poate vorbi destul de tare, păstrînd timbrul iniţial al vocii, iar cu oarecare exerciţii poate chiar şi cînta.

Datorită tehnicii moderne, a miniaturizării, tehnologia acestor proteze electronice va permite realizarea de modele din ce în ce mai mici, cu satisfacerea celor mai exigente condiţii de estetică, mascare şi cosmetică.

În intervenţiile chirurgicale ale deceniului nostru este necesar cîte odată să se scoată din funcţie pentru un anumit timp un organ oarecare din corp. Pentru ca organismul să nu aibă de suferit, s-au creat organe artificiale care substituie temporar organele operate. Exemple tipice de asemenea organe artificiale sînt ansamblul inimă artificială-plămîn artificial sau rinichiul artificial.

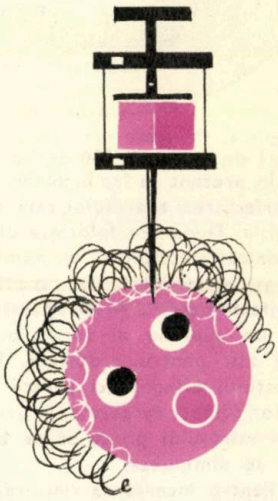
În aceste aparate de o mare complexitate, un rol important îl joacă electronica prin dispozitivele de control şi reglare automată.

De o importanţă deosebită pentru elaborarea unor noi scheme şi aparate de protezare este domeniul modelării electronice a fenomenelor şi sistemelor biologice, metodă care duce la o aprofundare şi la o înţelegere mai deplină a fenomenelor studiate.

S-au modelat electronic celule nervoase sau evoluţia unei boli, ajungîndu-se în prezent la modelarea ficatului. Imitarea electronică a acestui complex laborator care este ficatul, cu diversele sale funcţii, a fost realizată la Liverpool, în cadrul universităţii locale. Aici, după ce calculatorul electronic specializat, care reprezintă modelul ficatului, este pus în condiţii iniţiale (adică ficatul în stare normală), i se provoacă o boală experimentală, prin introducerea unor ecuaţii matematice în memoria magnetică.

Analizele făcute funcţiilor ficatului electronic dau rezultate asemănătoare cu cele obţinute pe pacienţi umani. În felul acesta, ficatul artificial permite diagnosticarea, tratarea şi cercetarea afecţiunilor hepatice prin prisma matematică, scoţînd în evidenţă o parte din enigmele funcţiei secretorii şi circulatorii ale glandei hepatice.

Ing. M. DUZINEANU



LINIȘTE

...se consultă

ERITEMUL

După expunerea la razele solare, fenomenul cel mai vizibil care se produce este înroşirea pielii şi, ulterior, bronzarea.

Înroşirea pielii se datoreşte unor transformări chimice pe care le produc razele ultraviolete (r.u.v.), în celulele pielii. În timp ce radiaţiile cu putere de pătrundere mai mică (cele cu lungimi de undă mai scurtă) întîlnesc în drumul lor histidina (substanţă chimică care intră în compoziţia proteinei celulelor pielii), radiaţiile cu lungimi de undă mai mari au o putere de penetraţie crescută şi întîlnesc în nucleele celulelor din profunzimea pielii acidul timonucleic. Aceste două substanţe, sub influenţa razelor ultraviolete se transformă în histamină, substanţă chimică care joacă un rol important în stimularea ţesuturilor pielii şi în producerea eritemului.

Intensitatea eritemului depinde de o serie de factori, dintre care cei mai importanţi sînt: doza de expunere la soare, culoarea pielii, intervalul de timp după care se repetă expunerea la radiaţii, sensibilitatea diferitelor regiuni ale pielii, vîrsta, sexul, anotimpul. Intensitatea eritemului depinde deci, în primul rînd, de cantitatea de radiaţii ultraviolete care ajung pe suprafaţa pielii, cantitate ce poartă numele de doză. Aceasta la rîndul ei depinde de intensitatea radiaţiilor, de durata de iradiere şi de lungimea de undă a razelor ultraviolete. S-a constatat, că cu cît expunerea la razele ultraviolete se face mai repede după o expunere precedentă, cu atît intensitatea eritemului este mai mică şi invers. De aceea, o atenţie deosebită trebuie acordată atunci cînd se reîncep iradierile după timp îndelungat. Sensibilitatea diferitelor regiuni ale corpului la acţiunea razelor ultraviolete este diferită. În ordine crescîndă, cele mai sensibile regiuni sînt: pieptul, faţa anterioară a toracelui, abdomenul, spatele, faţa, mîinile şi gîtul, picioarele.

În ceea ce priveşte vîrsta, s-a constatat că cei mai sensibili la razele ultraviolete sînt adulţii între 20 şi 50 de ani, copiii şi bătrînii fiind mai puţin sensibili. La copii însă trebuie să se aibă în vedere faptul că suprafaţa corpului lor raportată la greutate este mult mai mare şi de aceea trebuie să se acorde o atenţie deosebită.

S-a mai observat că sensibilitatea la razele ultraviolete a femeilor este mai mică decît a bărbaţilor cu 10—20%. Odată apărut, eritemul durează numai cîteva zile, căci el

ȘI BRONZAREA PIELII

este trecător. După ce înroşirea pielii a atins un maximum, eritemul începe să dispară în aceeaşi ordine în care a apărut, adică cu cît apare mai repede, cu atît dispare mai repede.

După eritem apare un efect mult mai durabil al razelor ultraviolete: *bronzarea sau pigmentarea pielii*. Aceasta se datoreşte acumulării în piele a unei substanţe colorate, a unui pigment numit *melanină*, care se produce în urma acţiunii fotochimice a razelor ultraviolete asupra unor substanţe chimice existente în piele, care căpătînd o culoare brună-negricioasă se transformă în melanină şi se ridică la suprafaţa pielii. Această transformare chimică se produce cu ajutorul vitaminei H, care se găseşte în piele şi care este influenţată de către firişoarele nervoase. Atunci cînd expunerea la soare se face progresiv, bronzarea poate apărea fără ca eritemul să fie observat. Pigmentarea a fost interpretată ca avînd un rol de apărare a pielii, ea comportîndu-se ca un ecran împotriva razelor ultraviolete, dar s-a dovedit experimental că pigmentul nu protejează de eritem solar: negrii dezobişnuiţi de cura de soare sînt tot atît de sensibili pentru eritem ca oricare persoană nepigmentată. Deci, pigmentul nu asigură protecţia pielii împotriva razelor ultraviolete. El are o putere mare de absorbţie, pielea pigmentată absorbind mult mai mult radiaţiile decît cea nepigmentată. Prin bronzare, în afară de acumularea de pigment se mai produce şi distrugerea celulelor din straturile superficiale ale pielii. Se descuamează uneori chiar straturi mai mari de piele — labouri. Această distrugere şi eliminare a celulelor este cu atît mai mică, cu cît iradierea se face cu raze ultraviolete cu lungimi de undă mai mari şi cu cît expunerea se face mai lent şi mai progresiv.

În ceea ce priveşte intensitatea pigmentaţiei, ea depinde de următorii factori:

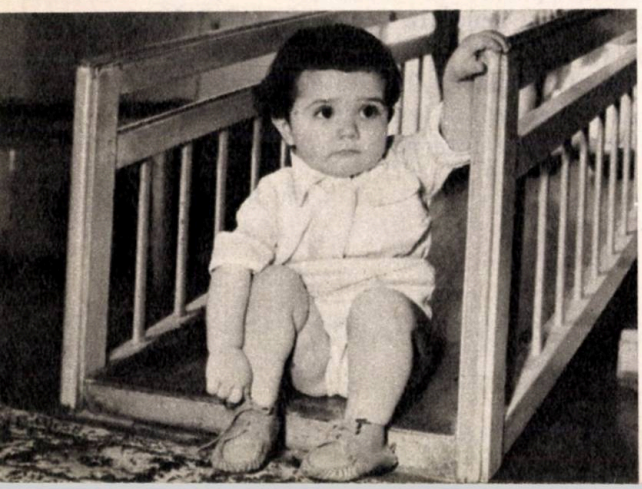
— natura radiaţiilor, adică lungimea lor de undă;

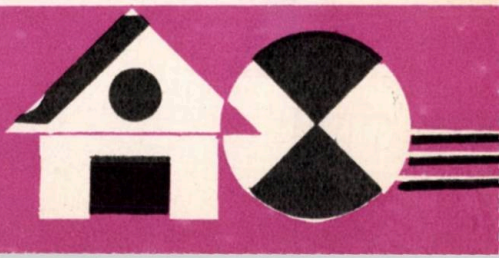
— de sensibilitatea la pigmentare a oamenilor; din acest punct de vedere, la 75% din oameni pigmentarea apare ca mai sus, la cei cu pielea palidă, apare eritemul, care nu este urmat de pigmentare, iar cei cu piele grasă pot face pigmentarea chiar fără să treacă prin eritem.

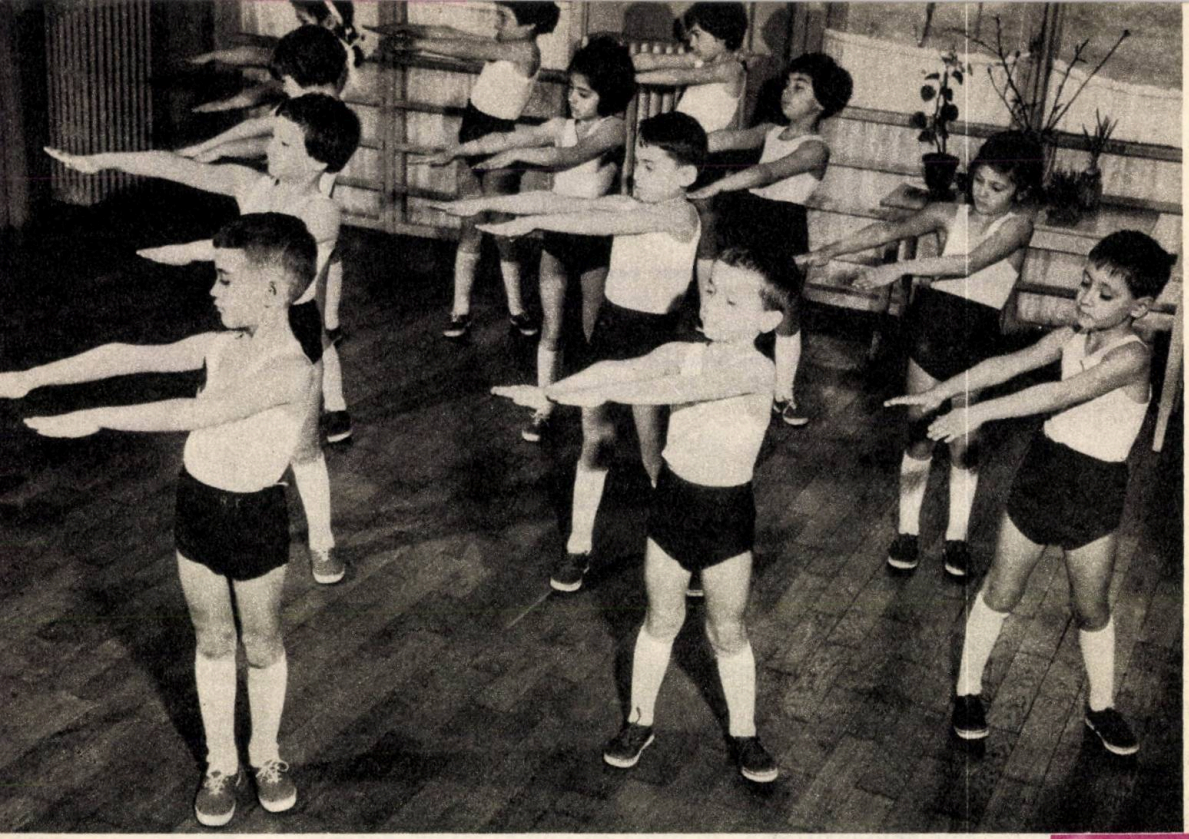
Eritemul şi pigmentarea pielii, sub influenţa radiaţiilor ultraviolete, ajută la întărirea generală a organismului, la creşterea rezistenţei şi a puterii de apărare faţă de boli, la îmbunătăţirea respiraţiei şi circulaţiei, la creşterea poftei de mîncare şi a numărului de hematii şi leucocite, la creşterea activităţii glandelor cu secreţie internă.

Dr. I. ŢUGUI

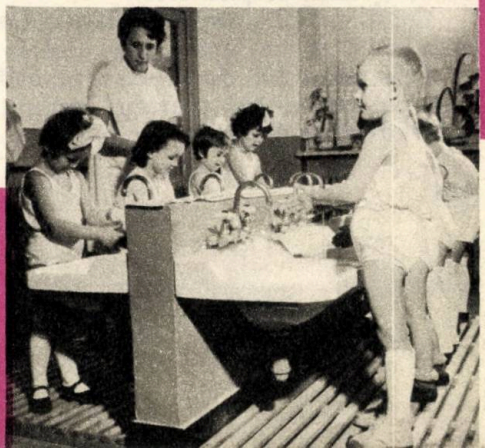
PRIN CĂMINELE







DE COPII



VIRUSURI ŞI VIROZE

Infecţiile aparatului respirator reprezintă în prezent cele mai frecvente îmbolnăviri acute ale omului. În deceniul actual, în Cehoslovacia, din totalul îmbolnăvirilor populaţiei, 50—70% reprezintă îmbolnăviri ale aparatului respirator, în S.U.A. 50%, în Anglia 29%, în ţara noastră 33—35%.

În S.U.A. (în 1962), aproximativ 83% din afecţiunile suferite de o persoană de la naştere pînă la vîrsta de 18 ani au fost îmbolnăviri acute ale aparatului respirator.

Virusurile sau inframicrobii ocazionează în zilele noastre un număr mare de îmbolnăviri acute ale aparatului respirator. 40% dintre îmbolnăvirile aparatului respirator la copii au fost determinate de virusuri, în timp ce la adulţi, proporţia este redusă la jumătate (20%). Utilizarea larg răspîndită a antibioticelor şi a chimioterapicelor (sulfamide etc.) cu acţiune bactericidă şi bacteriostatică — prin distrugerea microbilor sau prin împiedicarea înmulţirii şi dezvoltării lor — creşterea puternică a centrelor de aglomerări umane şi a circulaţiei indivizilor au permis înmulţirea şi extinderea deosebită a virusurilor, cu apariţia unor boli puţin cunoscute, sau neidentificate, în urmă cu numai cîteva decenii.

Dintre virusuri, unele îmbolnăvesc cu precădere sau în exclusivitate aparatul respirator, ocazionînd „virozele respiratorii". Alte virusuri ocazionează mai frecvent îmbolnăviri ale sistemului nervos (neuroviroze) sau ale tractului digestiv (viroze digestive), putînd însă afecta concomitent şi aparatul respirator.

Pătrunzînd în organism, de obicei pe cale respiratorie sau digestivă, virusurile ajung în circulaţia sanguină (viremie) şi invadează celulele, unde se multiplică, determinînd boala, care în general are o durată scurtă, de cîteva zile. Dacă se prelungeşte, aceasta se datorează leziunilor celulelor produse de virus sau suprainfecţiilor cu bacterii (microbi), constituind infecţia viro-microbiană.

Virozele respiratorii constituie în prezent cele mai frecvente, dar nu cele mai grave îmbolnăviri acute ale omului.

Fiecare adult se îmbolnăveşte de 5—6 ori în cursul unui an de o viroză respiratorie.

Copiii se îmbolnăvesc mult mai des de viroze respiratorii, care pot fi şi mai grave, mai ales la sugari şi copiii mici.

Cele peste 100 de virusuri identificate pînă în prezent, care pot îmbolnăvi aparatul respirator, pot să ocazioneze tipuri diferite de boală.

RESPIRATORII LA COPII

Virozele respiratorii apar uneori sub formă de cazuri izolate, alteori ca epidemii, mai mult sau mai puțin întinse, mai mult sau mai puțin grave.

Imunitatea conferită de îmbolnăvirea virotică fiind de obicei slabă și de scurtă durată, individul se poate îmbolnăvi curînd cu alte virusuri. „Mozaicul" de viroze respiratorii poate să ofere uneori tablouri grave de boală.

Gripa, cea mai gravă dintre virozele respiratorii, este caracterizată prin epidemiile mici și ușoare pe care le produce în fiecare an, dar la 2—5 ani poate să ocazioneze epidemii mai severe, iar la intervale de 20—25 de ani pandemii — epidemii foarte întinse — și foarte grave, mai ales pentru bătrîni și copii.

Virozele respiratorii la copii sînt cu atît mai grave, cu cît copilul este de o vîrstă mai fragedă. Starea imunobiologică deficitară a sugarului și copilului mic, afectarea concomitentă a sistemului nervos (encefalita virotică) și a tractului digestiv (viroza digestivă) explică gravitatea virozelor la copiii mici.

Epidemiile de „guturai" de obicei cu etiologie virotică, fără gravitate pentru adulți, se pot solda cu îmbolnăviri serioase la sugari.

Tratamentul virozelor este încă lipsit de medicamente specifice. Antibioticele cunoscute sînt ineficace, iar administrarea lor în cazurile necomplicate de infecție bacteriană este inutilă și chiar periculoasă, putînd favoriza suprainfecții cu germeni rezistenți la antibiotice sau micoze. Numai în anumite cazuri este permisă „profilaxia" cu antibiotice a unor infecții bacteriene.

Chimioterapia antivirală în experimentare, dezinfectante antivirale și interferonul, constituie noi posibilități de a trata infecțiile virotice.

Profilaxia virozelor este încă în studiu.

Unele vaccinuri (în special vaccinul antigripal), interferonul și unele substanțe antivirale ca adamantanaminele (care trebuie administrate cu cel puțin cîteva ore înaintea infectării virale) care acționează prin inhibarea pătrunderii virusului adsorbit în celulă reprezintă tot ceea ce s-a putut obține ca mijloace specifice în prevenirea infecțiilor virale. Progrese importante și în acest domeniu al prevenirii și combaterii virozelor se lasă însă întrevăzute încă de pe acum.

Conf. dr. docent V. PETRESCU-COMAN

REGIMUL DE VIAȚĂ ȘI DE MUNCĂ DUPĂ HEPATITA EPIDEMICĂ

Hepatita epidemică este considerată astăzi ca o boală infecțioasă care se transmite cu multă ușurință de la om la om. De aceea, în ultimul timp, la noi în țară, printre celelalte boli infecțioase, un mare procent îl ocupă hepatita epidemică, icterul sau „gălbenarea", cum i se spune în popor. Acest lucru se datorește faptului că bolnavul de hepatită epidemică nu se adresează de la început medicului, ci se tratează în mod empiric prin babe, iar izolarea nu o face și astfel de la el microbul se transmite mai departe familiei și celor din jur prin: salivă, urină, materii fecale și sînge.

Hepatita epidemică lasă în urma ei o serie de complicații la ficat, care este unul din cele mai importante organe din corpul omenesc, avînd numeroase funcții, printre care și fabricarea bilei (fierii). Aceasta are, printre altele, rolul de a ușura mistuirea grăsimilor din alimentație. De aceea, scurgerea bilei în intestin se face regulat, ori de cîte ori alimentele ajung în dreptul căilor biliare. Mecanismul prin care se face această scurgere a bilei este cel nervos. Prezența alimentelor și în special a celor grase în prima porțiune a intestinului subțire reprezintă un fel de ordin pentru vezica biliară ca să se contracte, eliminînd bila depozitată în ea, prin căile biliare, în intestin. Prezența alimentelor în intestin este semnalată centrilor nervoși superiori pe calea nervilor care leagă acești centri de intestin. Ordinul de contracție a vezicii biliare este și el transmis de la acești centri spre vezică, tot pe cale nervoasă. În acest mod, s-a stabilit un act reflex, care poate fi comparat cu un circuit electric.

Inflamarea vezicii biliare, adică colecistita, este una din bolile cele mai răspîndite după hepatita epidemică prin care se tulbură mecanismul nervos de golire a bilei veziculare în intestin.

Pentru a împiedica stagnarea bilei în vezică, pentru a ușura golirea ei în mod regulat este bine ca bolnavul să ia în fiecare dimineață, pe nemîncate, 2 linguri de untdelemn de măsline — cu puțină lămîie pentru gust — și va sta 1/2 de oră culcat pe dreapta. Între mese este bine să bea 2—3 pahare de ceai cald, de sunătoare, deoarece lichidele sînt necesare spălării căilor biliare inflamate.

La aceste recomandări trebuie să adăugăm că fără o viață regulată, cu ore de masă fixe, cu ore de odihnă suficiente și cu evitarea enervărilor și emoțiilor, bolnavul nu se va vindeca.

Am arătat mai sus rolul sistemului nervos în provocarea și mersul unei colecistite. Pentru ca reflexul nervos de golire a vezicii biliare să funcționeze bine, trebuie ca bolnavul să aibă un sistem nervos întărit printr-o viață în care orele de muncă,

de odihnă şi de exerciţii în aer liber (plimbare, sport) să fie bine echilibrate între ele.

În bolile de ficat după icter, alimentaţia este de cea mai mare însemnătate. Faptul că bolnavii trebuie să se ferească de a mînca unele alimente şi feluri de mîncare nu înseamnă că ei trebuie să rabde de foame.

Hepatita cronică şi ciroza sînt, de asemenea, afecţiuni care se întîlnesc frecvent după hepatită epidemică, deoarece bolnavii nu respectă indicaţiile medicale. Una din cauzele cele mai frecvente este abuzul de băuturi spirtoase: ţuică, lichior, vin şi chiar berea în cantităţi mari intoxică întregul organism, fiind dăunătoare mai ales pentru ficat. De asemenea, o alimentaţie dezechilibrată, prea bogată în grăsimi şi prea săracă în albumine de origine animală (carne, ouă, lapte, brînză), poate duce la îmbolnăvirea ficatului mai ales după icter. De altfel se ştie că cei care abuzează de băuturi alcoolice nu se hrănesc cum trebuie, fiindcă nu au poftă de mîncare.

Toate aceste cauze constituie pentru organism în general şi mai ales pentru ficat, factori de iritaţie faţă de care ficatul reacţionează prin modificări de funcţie, apoi de structură, care vor duce în timp la hepatita cronică. La început, ficatul se congestionează prin dilatarea vaselor de sînge şi îşi măreşte volumul; apoi grăsimile aduse la ficat prin alimentaţie şi care în mod normal se ard pentru nevoia organismului tind să se depună în acest organ încărcîndu-l şi împiedicîndu-l să funcţioneze. După aceea, ficatul începe să se sclerozeze, adică începe un proces lent de cicatrizare, care îi distruge treptat structura normală. Toate aceste tulburări au urmări asupra întregului organism. De aceea, tratamentul trebuie început la vreme şi urmat sistematic şi cu perseverenţă, pentru a opri evoluţia hepatitei cronice şi a împiedica apariţia complicaţiilor ei.

Din cele de mai sus putem trage o serie de învăţăminte asupra regulilor de viaţă a bolnavilor de ficat: în primul rînd, este nevoie de viaţă cumpătată, cu ore regulate de masă, cu evitarea oricărei băuturi alcoolice şi cu cel puţin 14 ore de odihnă din 24. Alimentaţia trebuie să fie hrănitoare, bolnavul va mînca des, 5—6 mese pe zi, dar cîte puţin, pentru a nu-şi încărca stomacul peste măsură.

Alimentaţia se va compune mai ales din dulciuri, paste făinoase, lapte sau iaurt, brînză de vacă proaspătă (cel puţin 400 g pe zi), ouă — unul pe zi — şi carne slabă.

Grăsimile vor fi alese dintre cele proaspete, ca untul şi mai ales untdelemnul neprăjit, în cantităţi care să nu depăşească 50—60 g pe zi.

Fructele şi legumele sînt permise sub anumite forme: sucuri, fructe curăţate de părţile tari, iar legumele fierte. Condimentele: ardeiul iute, muştarul, hreanul, boiaua sînt interzise, înlocuindu-se pe cît posibil cu lămîie, plante aromatice, suc de roşii şi alte alimente care dau gust mîncării.

Bolnavii vor trebui să mănînce încet, mestecînd bine, evitînd discuţiile şi enervările în timpul mesei. Nu vor bea în timpul mesei, vor lua între mese ceaiuri calde de muşeţel, sunătoare sau de mentă.

Acestea sînt pe scurt sfaturile ce se pot da bolnavilor de ficat, pentru a preveni o serie de complicaţii neplăcute.

Dr. ODISEIA STANCIU

STERILITATEA

Copiii reprezintă într-o familie un izvor nesecat de satisfacţii; ei dau sens vieţii, reprezentînd în mod biologic nemurirea. De aceea, sterilitatea trebuie să constituie un motiv serios de îngrijorare pentru tinerii căsătoriţi.

O familie poate fi socotită sterilă atunci cînd după doi ani de la căsătorie femeia nu a rămas însărcinată.

Pentru ca o femeie să poată fi fecundată, trebuie ca cele două celule sexuale, ovulul şi spermatozoidul, să fie sănătoase, drumul parcurs de ele pînă în trompă, unde se face fecundaţia, să fie liber, fără obstacole fizice sau chimice, iar uterul să fie apt pentru fixarea oului. Neîndeplinirea tuturor acestor condiţii duce la sterilitate.

Statisticile arată că în majoritatea cazurilor femeia poartă răspunderea sterilităţii; nu puţine sînt însă şi cazurile cînd bărbatul este steril.

De aceea, pentru stabilirea cauzelor sterilităţii, examinarea soţului este absolut necesară.

Orice boală, care în evoluţia ei a determinat complicaţii în sfera genitală, poate duce la sterilitate masculină. Astfel, parotidita epidemică (oreionul) poate fi urmată de sterilitate dacă nu este bine tratată. De asemenea, pot deveni sterili bărbaţii care lucrează neprotejaţi în mediul de radioactivitate (radiologi, lucrători din institutele de cercetări atomice). Fiind vorba de cele mai multe ori de leziuni ireversibile, practic nu se poate vorbi de un tratament al sterilităţii masculine.

Sterilitatea feminină poate fi primară, atunci cînd femeia nu a rămas niciodată însărcinată, şi secundară, cînd ea se instalează după una sau mai multe sarcini.

Sterilitatea primară este determinată de malformaţii congenitale (lipsa de dezvoltare sau dezvoltarea incompletă a organelor genitale), infecţii tuberculoase sau gonococice.

Sterilitatea secundară este cauzată cel mai frecvent de complicaţiile avorturilor: sinechii (lipirea pereţilor uterului, obstruarea trompelor). Inflamaţiile acute genitale insuficient sau necorect tratate pot fi urmate de sterilitate, fie prin leziunile pe care le produc la nivelul rectului sau trompelor, fie prin tulburările hormonale consecutive.

Tratamentul preventiv al sterilităţii ar consta deci în evitarea inflamaţiilor genitale printr-o riguroasă respectare a regulilor de igienă genitală şi mai ales prin ducerea la termen a primelor sarcini.

Pentru tratamentul sterilităţii instalate este nevoie în primul rînd de un diagnostic corect. Pentru stabilirea lui sînt necesare, pe lîngă un examen ginecologic complet, şi anumite probe de laborator şi radiologice.

Tratamentul este de obicei un tratament complex medicamentos, balneo- şi fizioterapic, şi uneori chirurgical (operaţii pentru dezobstruarea trompelor).

Tratamentul durează multă vreme, uneori ani de zile, necesitînd multă răbdare şi perseverenţă atît din partea medicului, cît şi a pacientei.

Rezultatele obţinute în ultimii ani în tratamentul sterilităţii, cît şi importanţa socială a acestei afecţiuni au determinat organizarea, pe lîngă marile maternităţi, a unor cabinete specializate în tratarea sterilităţii, unde femeile sterile pot căpăta o asistenţă medicală competentă.

Dr. D. GHEORGHIU

URMĂRILE ABUZULUI DE CONDIMENTE IRITANTE

Pentru realizarea unor valori nutritive cît mai mari, hrana trebuie să fie alcătuită nu numai din alimente variate şi bogate în substanţe utile organismului, dar să satisfacă şi o serie de exigenţe din punct de vedere gustativ, olfactiv şi estetic. Cînd o mîncare este bună la gust, are miros îmbietor şi este aspectuoasă, digestia şi asimilaţia se fac în mai bune condiţii. La obţinerea unor mîncăruri de calitate, un rol important este îndeplinit de condimente, care, deşi în majoritate sînt lipsite de valori nutritive, au în schimb însuşirea de a stimula pofta de mîncare.

Unele condimente, cum sînt piperul, ardeiul şi boiaua iute, muştarul, hreanul, oţetul, cu toate că măresc pofta de mîncare, sînt considerate ca fiind iritante, deoarece acţionează direct asupra mucoasei stomacului, forţînd secreţia sucurilor digestive. Cînd se abuzează de astfel de condimente, se contribuie la apariţia gastritelor, a bolii ulceroase, a colecistitelor şi a unor boli de ficat şi de rinichi. În plus, datorită faptului că condimentele iritante nu se metabolizează complet, adică arderile acestora nu se realizează în întregime de către organism, o parte din ele rămîn neprelucrate şi stagnează ceva mai mult în porţiunile terminale ale intestinului gros. Ca urmare se produc iritaţii locale, capabile să declanşeze apariţia unor inflamaţii ano-rectale şi să reacutizeze vechi procese hemoroidale.

Pentru suferinzii de unele boli cronice, consumul condimentelor iritante, chiar în cantităţi mici, poate provoca exacerbarea suferinţelor. De pildă, sub acţiunea unor astfel de condimente, ulcerele stomacului şi ale duodenului, în stare de liniş-te, se pot reacutiza, dînd crize dureroase intense şi sîngerări: gastritele, colitele şi colecistitele îşi pot agrava tulburările digestive; în stările litiazice se pot declanşa colici renale sau hepatice; în bolile aparatului urinar pot surveni tulburări de micţiune; se pot agrava simptomele la suferinzii de afecţiuni cardio-vasculare.

Condimentarea mîncărurilor se poate face însă şi cu alte condimente care nu sînt iritante şi, deci, nu periclitează cu nimic sănătatea, ca, de exemplu, cu cimbru, cu mărar, cu frunze de ţelină, de tarhon, de leuştean, de pătrunjel, de dafin, cu boabe de chimen, de enibahar, de anason, cu usturoi, cu zeamă şi coajă de lămîie şi de portocală, cu vanilie, scorţişoară. Aceste condimente excită papilele gustative, stimulînd pe cale reflexă secreţia glandelor digestive ale stomacului, ceea ce determină în mod fiziologic creşterea poftei de mîncare şi o mai bună digerare a alimentelor.

În ceea ce priveşte sarea de bucătărie, atît timp cît este consumată în cantităţi moderate, poate fi considerată ca un condiment util şi neiritant. Cînd se abuzează de mîncăruri prea sărate, sarea devine nocivă, predispunînd la apariţia a numeroase boli, printre care hipertensiunea arterială şi nefritele.

În încheiere, precizăm că atunci cînd este vorba de oameni sănătoşi, nimeni nu susţine că trebuie excluse total din alimentaţie condimentele iritante. O utilizare moderată a acestora nu poate aduce prejudicii sănătăţii. Cînd însă se depăşeşte limita unei condimentări raţionale şi se ajunge în situaţia de a nu concepe mîncare fără ardei iute, piper sau alte asemenea condimente iritante, în cantităţi excesive, nimeni nu trebuie să fie surprins, după aceea, dacă se alege cu îmbolnăvirea aparatului digestiv sau a rinichilor.

Dr. I. LEONESCU

PRELUCRAREA CULINARĂ A ALIMENTULUI

O alimentație igienică, în stare să promoveze sănătatea individului la un nivel superior, pe lîngă prezența în rația zilnică a tuturor substanțelor nutritive — proteine, zaharuri, grăsimi, vitamine și săruri minerale — în cantități și proporții optime, pe lîngă aportul de calorii potrivit consumului de energie al individului, presupune și o prelucrare culinară corectă, care să facă alimentele accesibile digestiei, dar care să evite în același timp efectele unei preparări incorecte sau excesive.

Care sînt avantajele și dezavantajele prelucrării culinare a alimentului? Ele nu se pot separa mecanic unele de altele, pentru că acționează concomitent și foarte ușor un avantaj dintr-un punct de vedere se poate transforma în dezavantaj din alt punct de vedere.

În cursul prelucrării culinare se îndepărtează în primul rînd părțile neconsumabile și alterate, deci avantajul unui produs purificat, dar care duce la o diferență între ceea ce cumpără gospodina și ceea ce introduce în cratiță. La carne se poate îndepărta pînă la 30% din greutatea cumpărată, la pește pînă la 60%, la cartofi între 10—25%, iar la mazăre între 50—60%.

În timpul prelucrării termice, produsele fără apă cîștigă în greutate, pe cînd altele mai bogate în apă pierd în greutate.

Carnea poate scădea cu 30%, iar legumele cu 40—50%. Rezultă o diferență nouă între ceea ce gospodina introduce în cratiță și ceea ce rezultă ca mîncare. Pierderea în greutate este însoțită de pierderi serioase de materii nutritive, care în cazul cărnii se recuperează prin consumarea apei de fierbere, ca supă.

Aceste diferențe îngreunează mult calculul gospodinei prin care ea caută să echilibreze ceea ce cumpără la nevoile reale ale membrilor familiei sale. Se pare că după ani de experiență, o gospodină talentată ajunge la stabilirea unui echilibru empiric. Dar acest neajuns poate fi înlăturat cu ajutorul cîntarului care trebuie să însoțească celelalte ustensile de gospodărie și care folosit corect poate ușura din capul locului acest calcul.

În timpul prelucrării culinare, majoritatea produselor își schimbă consistența, devenind mai ușor masticabile. Carnea devine mai moale și mai puțin aţoasă, cartoful sau leguma uscată devin comestibile, zgîrciurile devin mult agreata gelatină, singura formă digerabilă a țesuturilor conjunctive din carne. Mai departe, avantajul de a fi ușor mestecat, transformă produsul alimentar într-un produs digerat și absorbit ușor, garanția unei bune troficități digestive metabolice și corporale în general.

Alt avantaj al preparării culinare este îmbunătățirea preparatelor mîncării care stimulează vizual, olfactiv și gustativ pofta de mîncare. Savantele combinații între produse fade și gustoase, mai aromate cu altele nearomate, colorate și necolorate, cît și substanțele care iau naștere din procesele chimice din timpul prelucrării duc la stimularea secrețiilor digestive, materializată prin pofta de mîncare și prin utilizarea cu maximum de randament a alimentului la nivelul tubului digestiv. Acest avantaj are și dezavantajul că alimentele devin prea apetisante, omul devine un gurmand prin plăcerea de a mînca, el nu se mai hrănește conform principiului „mănîncă atît cît îți trebuie", ci „mănîncă atît cît îți place". Și cum omul modern nu duce lipsă de alimente, obezitatea prin exces alimentar devine unul dintre cei mai periculoși adversari.

Pe de altă parte, prin prelucrarea termică se distrug substanțele antidigestive, foarte dăunătoare, conținute de alimente, cît și marea majoritate a microbilor patogeni care ar fi eventual încorporați în materia primă alimentară.

Prin prelucrarea culinară în general se respectă una din cele mai stringente cerințe ale alimentului și anume de a nu fi dăunător, de a nu produce boală. Prin simpla spălare se produce îndepărtarea unei bune părți a microbilor, a ouălor de germeni intestinali și a unor substanțe chimice toxice. Prin cojirea fructelor sau zarzavaturilor, această acțiune este continuată. Prelucrarea termică vine să desăvîrșească această purificare, distrugînd mai ales microbii. Prelucrarea cu adăugare de acizi — oțet, lămîie — are o acțiune bactericidă pronunțată.

Și în sfîrșit dezavantajul neestompat de reversul nici unui avantaj, este acela al pierderilor uneori masive din valoarea nutritivă a alimentului. O mîncare ieșită din laboratorul gospodinei celei mai perfecte conține mai puțin de jumătate din valoarea nutritivă a produselor cumpărate din piață. Cele mai afectate sînt vitaminele C și B_1, proteinele și sărurile minerale, elemente de bază ale metabolismului. Simpla curățire de coajă a legumelor și fructelor, îndepărtarea frunzelor de la exteriorul verzei sau salatei sărăcește produsul în vitamină C proporțional cu grosimea stratului îndepărtat. Dacă produsul odată curățat mai este și lăsat în contact cu aerul timp mai îndelungat, sub acțiunea oxigenului distrugerea vitaminei C se continuă pînă la dispariția ei.

Spălarea prea îndelungată, cu cantități prea mari de apă a legumelor sau cărnii împărțită în bucăți foarte mici duce la sărăcirea în vitamină C și B_1, în săruri minerale și proteine, substanțe atît de valoroase, care sînt aruncate în acest fel

la canal. Practica de a lăsa legumele sau alte produse să se spele singure sub jetul de apă al robinetului apare foarte dăunătoare. Și la urmă mai vine și prelucrarea termică prea îndelungată sau la temperaturi prea mari care duce la distrugerea aceloraşi vitamine C și B_1.

Prin prăjire în grăsime încinsă, o parte din proteinele cărnii devin inutilizabile și chiar nocive prin acțiunea iritantă pe tubul digestiv, iar un ou prea răscopt își pierde o bună parte din valoarea nutritivă a gălbenușului.

Pentru a evita aceste pierderi ne vom limita la curățirea unui strat subțire al legumei, spălare numai cît este strict necesar pentru a fi perfect curată, prelucrarea termică imediat după curățire și spălare; această prelucrare termică se va face la temperaturi nu prea înalte și numai un timp strict necesar. Se vor evita păstrarea mîncărurilor pe marginea plitei și reîncălzirea lor repetată. Consumul de fructe și legume crude, spălate va completa pierderile în vitamine și săruri.

În concluzie, prelucrarea culinară a alimentelor este o necesitate de care omul modern nu se poate dispensa. Ce se poate face este evitarea la maximum a dezavantajelor și păstrarea cît mai intactă a avantajelor.

Dezavantajele care nu se pot evita se pot corecta în oarecare măsură prin adăugarea ulterioară în meniu a produselor cît mai puțin prelucrate.

Dr. V. FRUNZĂ

Ce trebuie să ştim

Din cele mai vechi timpuri, de cînd au rămas documente scrise ale unor civilizaţii demult apuse, se poate constata că o preocupare permanentă a oamenilor a fost lupta împotriva durerii. Combătută, la început, prin mijloace mistice, odată cu trecerea timpului şi acumularea cunoştinţelor au început să fie utilizate împotriva durerii diferite plante (care în mod real au proprietatea de a scădea intensitatea durerii, acţionînd asupra diferiţilor centri nervoşi care recepţionează senzaţiile dureroase) sub formă de fierturi sau inhalaţii; de o largă utilizare s-au bucurat şi alcoolurile. Între durerea care nu iartă şi speranţa combaterii ei, în paralel cu acumularea cunoştinţelor, se poate descifra evoluţia generaţiilor care s-au succedat, concepţiile şi gradul lor de cultură, trecînd peste etapele empirice, primitive, mistico-religioase, la observaţia ştiinţifică bazată pe date riguroase. De la documentele evocării durerii (primul document ştiut aparţine civilizaţiei summeriene şi se referă la semnalarea durerilor din cancerul de sîn; semnalarea are o vechime de circa 5 000 ani), pînă la etapa actuală de luptă organizată şi ştiinţifică s-a parcurs o cale lungă, în care scopul final a fost ajutorarea omului atît de expus durerilor, de atît de multe origini.

Odată cu dezvoltarea civilizaţiei şi implicit a medicinei, în secolul trecut, un obstacol de netrecut a fost şi lipsa mijloacelor de combatere a durerii. Chirurgia nu s-a putut dezvolta din cauză că operaţiile nu se puteau efectua, neexistînd mijloace corecte de combatere a durerii. Descoperirea analgeticelor (substanţe care abolesc sau descresc durerile) şi a anesteticelor (substanţe care permit efectuarea operaţiilor, uneori prin adormirea bolnavului) a fost pretinsă de dezvoltarea ştiinţelor şi în secolul trecut asistăm la punerea bazelor anesteziei moderne. Deşi uneori în interpretarea unei descoperiri joacă un rol şi hazardul (amintim că eterul a fost experimentat cu cca 200 de ani mai înainte de introducerea sa în practică, de către Paracelsus), la avîntul descoperirilor medicale din secolul trecut a contribuit dezvoltarea generală a ştiinţelor, care a permis punerea la dispoziţia medicilor a unei lungi serii de substanţe care acţionează împotriva durerii. Astfel a devenit posibilă utilizarea morfinei, a eterului, a protoxidului de azot şi a cloroformului. Asistăm la o „explozie" a dezvoltării chirurgiei, care redusă secole de-a rîndul la amputaţii de membre şi la incizii de abcese, ajunge să pună bazele chirurgiei moderne. Pentru a putea înţelege progresul înregistrat graţie posibilităţilor oferite de anestezie, este suficient a semnala că actualmente se efectuează în mod frecvent intervenţii chirurgicale de o durată de cîteva ore şi că se abordează organe de cea mai mare importanţă: creierul, inima, marile vase, plămînii etc.

Pentru a putea opera un bolnav avem la îndemînă mai multe feluri de anestezie: locală (cînd se anesteziază numai locul în care se efectuează operaţia), regională (se anesteziază întreaga regiune pe care se operează; anestezia rahidiană care este o anestezie regională) sau gene-

DESPRE ANESTEZIA MODERNĂ

rală, cu ocazia căreia pacientul este adormit. Astăzi se preferă ultimul mod de anestezie, care permite chirurgului să opereze în cele mai bune condiţii, iar pacientului să suporte actul operator cît mai bine.

În general se procedează în modul următor: se face bolnavului — pentru a-l linişti — cu o oră înainte de operaţie aşa-numita preanestezie, care constă în substanţe care liniştesc sistemul nervos şi regularizează bătăile inimii, apoi se injectează intravenos o substanţă cu ajutorul căreia bolnavul adoarme imediat (aceste substanţe sînt, de obicei, asemănătoare luminalului), apoi se începe anestezia propriu-zisă.

Aparatura de anestezie se compune dintr-o masă de comandă pe care sînt fixate butoanele prin care determinăm felul şi cantităţile de gaze care se administrează bolnavului; între acestea figurează în mod obligatoriu oxigenul care, după cum se ştie, este indispensabil vieţii. În spatele mesei de comandă se află buteliile care conţin gazele anestezice şi oxigenul, sub presiune. Între aparat şi bolnav se află interpuse două tuburi groase de cauciuc prin care circulă gazele anestezice şi oxigenul, precum şi un rezervor care serveşte la absorbţia bioxidului de carbon, gaz care este expirat de om şi care dacă s-ar strînge într-o cantitate prea mare în aparat ar deveni toxic. Gazele anestezice şi oxigenul se strîng într-un fel de balon (cameră de amestec) la care se poate observa cu exactitate modul de a respira al bolnavului. Între cele două tuburi groase de cauciuc şi faţa bolnavului se găseşte masca care i se adaptează pe reliefurile feţei, în aşa fel încît să nu existe comunicări între mediul extern şi amestecul anestezic din aparat. Majoritatea anesteziilor nu se administrează prin intermediul măştii, ci cu ajutorul unui tub care se introduce în traheea bolnavului; prin acest mod de a proceda se dau anesteziile cele mai corecte şi mai sigure.

Dar posibilităţile anesteziologiei nu se limitează numai la adormirea pacientului. Avem la dispoziţie mijloace care fac operaţia din ce în ce mai sigură, anestezia din ce în ce mai uşor de suportat.

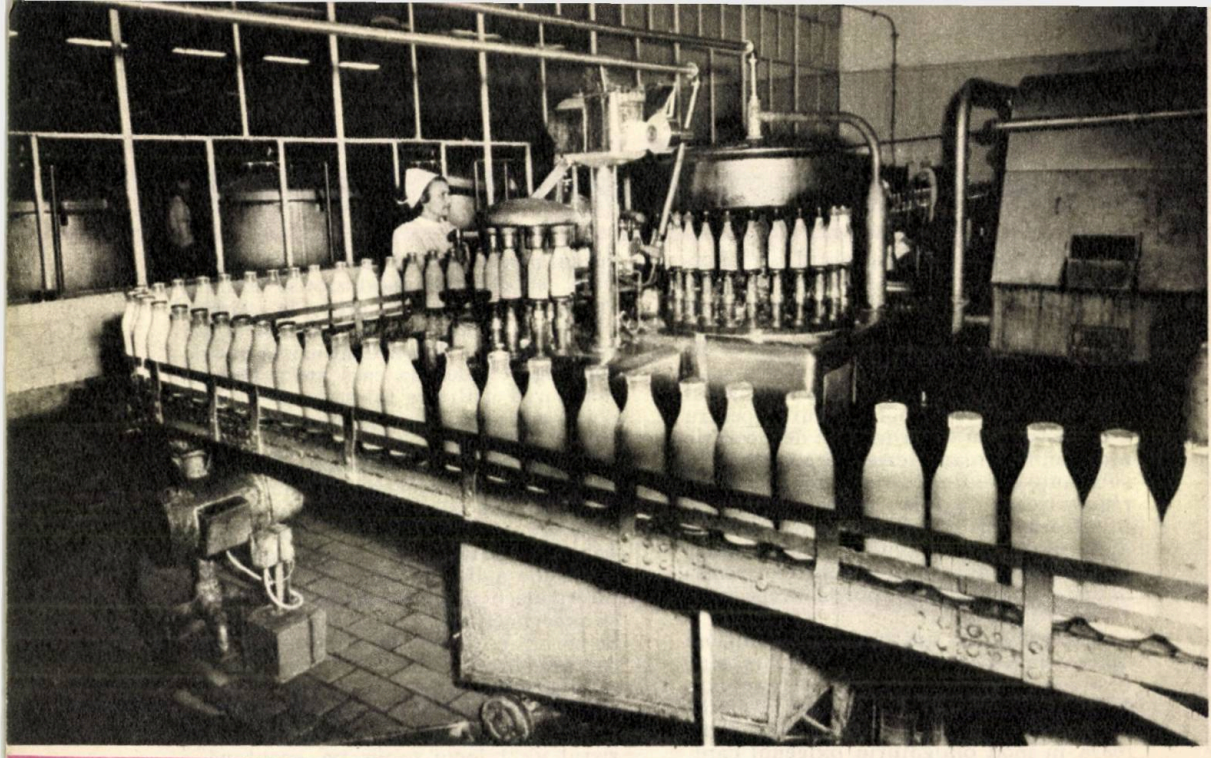
Astfel se utilizează aşa-numita relaxare musculară. Muşchii se paralizează, chirurgul poate lucra în cele mai bune condiţii, substanţele anestezice se administrează în cantităţi mici, la sfîrşitul operaţiei starea muşchilor revine la normal, iar în caz de accident există antidoturi sigure. Metoda care are astăzi cea mai largă utilizare foloseşte preparatele de curară, preparate care merită un cuvînt în plus. Curarele sînt cunoscute imediat după descoperirea Americii. S-a văzut că indienii din America de Sud folosesc la vînătoare săgeţi muiate în diferite otrăvuri, care paralizează vînatul oricît de mare. Între această acţiune şi ceea ce se obţine astăzi pe masa de operaţie se interpune o lungă perioadă de cercetare şi experimentare, fiind cunoscute dozele de curară ce se pot administra fără pericol, precum şi metodele chimice de preparare sintetică a lor.

Dar paralizia musculară înseamnă şi încetarea respiraţiei. De aceea, anestezistul va înlocui respiraţia spontană a pacientului prin respiraţie artificială, prin intermediul balonului (camera de amestec) sau prin intermediul unor aparate speciale care funcţionează automat, în funcţie de nevoile bolnavului.

S-a observat că pierderile de sînge în timpul operaţiilor depind de tensiunea arterială a bolnavului. Avem posibilitatea de a le reduce, scăzîndu-i tensiunea arterială cu ajutorul unor substanţe care acţionează timp foarte scurt, după încetarea administrării lor tensiunea arterială revenind instantaneu la nivelul ei obişnuit.

Dar posibilităţile anesteziei nu se rezumă la atît. Putem scădea temperatura corpului omenesc pînă la 28° şi în cazurile particulare ale chirurgiei inimii chiar mai jos. Răcirea se face prin intermediul unor saltele prin care circulă amestecuri reci, sau introducem sînge răcit în aparate speciale atunci cînd facem circulaţie extracorporeală, în unele operaţii de lungă durată, cînd oprim şi activitatea inimii şi vrem să operăm pe o inimă care nu mai bate. După efectuarea operaţiei pe inimă se reîncălzeşte sîngele care încă mai circulă prin aparat, inima îşi reia bătăile (ajutată şi prin anumite substanţe) şi după cîteva ore totul reintră în ordine.

(Continuare în pag. 168)



LAPTELE

ÎN ALIMENTAȚIA ADULTULUI SĂNĂTOS ȘI BOLNAV

Valoarea nutritivă a laptelui, rezultată din calitatea și digestibilitatea proteinelor pe care le conține, și mai ales bogăția sa mare de calciu sub o formă asimilabilă situează acest aliment printre cele indispensabile pentru o alimentație echilibrată.

Pare curios faptul că laptele, care este un aliment major al sugarului și copilului, ocupă un loc restrîns în alimentația adultului. Marea majoritate a adulților nu consumă de loc, sau în cantități mici, acest important aliment.

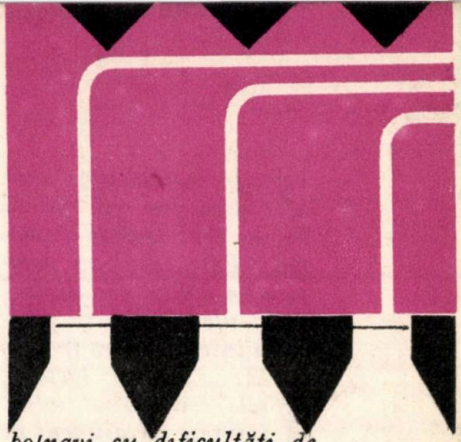
S-a încetățenit obiceiul greșit de a nu se consuma lapte la micul dejun, acesta adesea reducîndu-se numai la o ceașcă de cafea neagră.

Specialiștii apreciază că alimentația rațională a unui adult nu se poate realiza fără ca ea să cuprindă o cantitate minimă de 400 ml lapte pe zi.

Nevoia de calciu a unui adult de talie medie se cifrează la aproximativ 800 mg/zi. Această cifră corespunde unui minimum de 350 ml lapte, ținînd seama și de celelalte surse de calciu din alimentație.

Menționăm faptul că brînzeturile au un conținut inegal în calciu, ele singure neputînd acoperi în condiții optime necesitățile acestui element în rația zilnică.

Laptele este singurul aliment în care raportul cantitativ între calciu și fosfor atinge o asemenea cifră încît se realizează condițiile optime pentru o cît mai bună absorbție a calciului. Cantități mo-



derate de calciu se mai găsesc şi în alte alimente, cum ar fi cerealele şi ciocolata. Dar forma sub care se află calciul îl face neutilizabil, găsindu-se alături de acidul fitic şi respectiv oxalic, care împiedică absorbţia sa la nivelul intestinului.

În timpul sarcinii şi al alăptării, necesităţile de calciu cresc mult. Se apreciază că femeia însărcinată are nevoie de o cantitate de calciu care se cifrează la 1 500 mg/zi, iar în timpul alăptării, pînă la 2 000 mg/zi. Aceste necesităţi concrete ale femeii însărcinate şi care alăptează pot fi acoperite prin creşterea cantităţii de lapte în raţia zilnică. Astfel, femeia însărcinată trebuie să primească 750 ml lapte pe zi, iar în cursul alăptării, cantitatea de lapte va spori la 1 litru/zi.

Pentru persoanele în vîrstă, laptele constituie un aliment aproape perfect. Acest lucru se datoreşte proprietăţilor sale: fiind lichid, nu cere eforturi de masticaţie; este uşor digerabil; este uşor laxativ; are acţiune de combatere a osteoporozei (prin conţinutul mare de calciu) şi, în sfîrşit, se opune tendinţei de dezasimilaţie proteinică accentuată la vîrstele înaintate.

În cazul adultului suferind, laptele se înscrie ca un element de bază al alimentaţiei dietetice. Sînt situaţii cînd încetează a deveni un simplu aliment, devenind un medicament-aliment.

Una din situaţiile majore în care se impune regimul de lapte o constituie acele boli în care alimentele solide ajung cu greutate sau nu pot ajunge de loc în stomac. Acest lucru se întîmplă atunci cînd are loc o îngustare a esofagului prin procese inflamatorii sau tumorale. Menţionăm, în special, îngustările de natură cicatriceală ale esofagului care apar după înghiţirea de sodă caustică. În aceste cazuri este necesară o alimentaţie lichidă, în care laptele are un rol preponderent. Prin conţinutul său bogat în substanţe nutritive asigură hrănirea organismului, evitînd slăbirea marcată la care sînt expuşi aceşti

bolnavi cu dificultăţi de alimentare.

Laptele este un aliment cu o digestibilitate foarte bună, supunînd tubul digestiv la un efort minim. Acţiunea de excitaţie secretorie şi motorie pe care o au alimentele asupra mucoasei digestive este foarte redusă în cazul acestui aliment. Faptul că totodată aceste proprietăţi sînt dublate şi de un aport nutritiv substanţial, determină ca laptele să devină alimentul de bază în situaţiile în care sînt necesare cruţarea şi menajarea tubului digestiv. Astfel, utilizarea sa este deosebit de utilă în alimentaţia postoperatorie şi în bolile infecţioase acute.

În intoxicaţiile acute pe cale digestivă, acţiunea de protecţie a laptelui este dublată şi de proprietăţile sale antitoxice şi neutralizante, fapt care determină utilizarea sa în aceste cazuri nu numai ca aliment, ci şi ca medicament în cadrul primului ajutor.

Proprietăţile laptelui de calmare şi protejare a mucoaselor digestive îl recomandă ca aliment de

bază în tratamentul unor boli digestive, în special în ulcerul gastro-duodenal. Este cazul să menționăm totuși că alimentația ulcerosului în perioada între crize nu trebuie să fie exclusiv lactată, laptele continuînd totuși să figureze ca aliment de importanță majoră.

Pe lîngă utilizarea sa ca protector și calmant al mucoaselor digestive, laptele este un constituent al regimurilor bogate în proteine, care se recomandă în afecțiuni în care echilibrul proteic al organismului este alterat.

Deși laptele nu conține o cantitate excesiv de mare de proteine (36 g ‰), calitatea acestora și în special ușurința cu care se digeră determină ca să fie preferat altor alimente.

Menționăm faptul că într-un sfert de litru de lapte se găsesc proteine echivalente cu 50 g carne. În stările de denutriție, laptele asigură un aport nutritiv substanțial, fiind absolut obligatoriu să figureze în alimentația acestui bolnav.

Contrar unor prejudecăți greșite, laptele este foarte bine suportat de bolnavii hepatici, fiind mai greu suportat de cei cu afecțiuni ale vezicii și căilor biliare, datorită conținutului său mare în grăsimi.

Este cunoscut faptul că în afecțiunile hepatice, cum ar fi hepatitele cronice și cirozele, există un dezechilibru proteic, uneori marcat. De aceea, laptele nu trebuie să lipsească din prescripțiile dietetice ale acestor bolnavi. În cazul cînd există o asociere și cu o afecțiune a căilor biliare, folosirea laptelui ecremat înlătură neajunsurile mai sus amintite.

Dat fiind conținutul mare în calciu al laptelui, utilizarea sa se impune în toate cazurile în care există deficit în acest element. Astfel, în spasmofilie (boală caracterizată prin scăderea calciului din sînge și hiperexcitabilitate neuro-musculară), adaosul alimentar de lapte este deosebit de util. În osteoporoză și în alte afecțiuni în care se produce demineralizarea oaselor, laptele, prin importantul aport calcic pe care-l aduce, are o valoare terapeutică de medicament. Este de notat faptul că în asemenea situații devine necesară administrarea de vitamină D_2, care ajută la fixarea calciului în oase.

Este de reținut că laptele constituie un aliment de bază nu numai pentru sugar și copil, dar este necesar tuturor vîrstelor.

Pentru omul bolnav, laptele devine un aliat de nădejde, ușurîndu-i suferința și grăbind vindecarea

Dr. A. WEISS

(Continuare din pag. 165)

În orice anestezie, pentru cea mai mică operație sau pentru cea mai mare, pacientul trebuie în permanență supravegheat. Se cercetează pulsul și tensiunea arterială, felul respirației, culoarea pielii, circulația extremităților, transpirația. Într-o operație de mare amploare și mijloacele de supraveghere sînt mai complicate: starea aparatului circulator se cercetează prin intermediul electrocardiogramei, circulația extremităților cu ajutorul aparaturii care ne informează de gradul de oxigenare a extremităților, starea creierului prin datele furnizate de electroencefalogramă; se pot urmări diferite date de laborator prin analize de sînge prelevat la intervale regulate. Există o aparatură specială care întrunind mai multe sisteme de cercetare, ne informează automat — tot la 5 minute — asupra constantelor mai sus semnalate. Aparatele de anestezie pot avea atașate sisteme automate de analiză a cantității de gaze anestezice, de oxigen și de bioxid de carbon, aflate în aparat și administrate bolnavului. Cu asemenea sisteme de control, anestezia, chiar în intervențiile de durată și dificile, este extrem de sigură, permițînd ca bolnavul să depășească — în cele mai bune condiții — actul operator.

Cele discutate cred că demonstrează elocvent importanța acestei specialități, care, deși tînără în raport cu alte ramuri ale medicinei, și-a cucerit un loc binemeritat printre științele medicale.

Dr. S. CRIVDA

OBOSEALA CA SIMPTOM

Adesea unele din motivele principale pentru care este solicitat medicul îl constituie starea de oboseală.

Oboseala pînă la un anumit punct constituie o stare firească, legată de activitatea depusă în diverse domenii. Dar apariţia unei oboseli persistente, care nu cedează la odihnă, constituie un semnal de alarmă, atrăgîndu-ne atenţia asupra unor stări patologice.

Ca toate fenomenele din natură, activitatea omului, în linii generale, se desfăşoară ritmic, elementul principal fiind alternanţa ciclului muncă-odihnă. Aceasta se suprapune şi este determinată de alternanţa ritmică a ciclului biologic fundamental între cele două procese de asimilaţie-dezasimilaţie. Oboseala se înscrie tocmai ca un moment important al ciclului odihnă-muncă, constituind semnalul pentru trecerea la odihnă.

Munca corespunde creşterii funcţiilor de vigilenţă, creşterii stimulilor din afară şi din interiorul organismului. Odihna se face într-un context de relaxare, de revenire la calm, la somn, la siguranţă. În cazul cînd oboseala devine persistentă, împiedicînd activitatea normală, este necesar să cercetăm şi să notăm anumite caractere ale acesteia.

Astfel, este demn de menţionat caracterul propriu-zis al oboselii (oboseală difuză, musculară, atingerea stării generale etc.), orarul (oboseală care apare dimineaţa, după masă, în timpul zilei etc.), evoluţia (progresivă, intermitentă) şi în sfîrşit, simptomele care o pot însoţi, cum ar fi: febra, hipertensiunea arterială, scăderea în greutate etc. Schematic, putem considera că oboseala este de două feluri sub aspectul originii ei, sau, cu alte cuvinte, putem distinge oboseala care apare în diferite boli organice şi oboseala ca element al bolilor neuropsihice. În primul caz trebuie luată în consideraţie oboseala predominant musculară.

OBOSEALA DIFUZĂ

În multe situaţii poate fi elementul esenţial sau unic al simptomatologiei prezentate de bolnav, în spatele său ascunzîndu-se boli uneori severe. Neglijată, poate determina întîrzierea diagnosticului, ceea ce duce la agravarea suferinţei şi prelungirea tratamentului. De aceea, orice persoană care resimte o stare de oboseală trebuie să se adreseze medicului, singurul în măsură să stabilească cu precizie natura acestei stări.

Tuberculoza pulmonară poate evolua timp de multe luni de zile fără nici un alt semn în afara unei oboseli persistente, care nu poate fi legată de un surmenaj sau de o boală psihică.

Hepatita epidemică în faza ei preicterică şi în forma sa anicterică are ca simptom important o oboseală difuză marcată. De obicei, pe lîngă oboseală, care uneori domină bolnavul, se asociază şi alte semne, ca: lipsa poftei de mîncare, greţuri, dureri ale încheieturilor.

În bolile virotice, cum ar fi gripa sau pneumoniile determinate de virusuri, oboseala se întîlneşte ca un simptom important, în special în perioada de convalescenţă.

În boli diferite, ca diabet zaharat, cancere digestive, parazitoze intestinale, starea de oboseală este un simptom important, uneori chiar pe prim plan al suferinţei bolnavului.

Boli ale glandelor endocrine, ca insuficienţa tiroidiană şi caşexia hipofizară, pot fi cauza instalării unei stări de oboseală marcată.

Mai menţionăm oboseala din anemii, notîndu-se cazuri cînd boli severe, ca anemia Biermer, evoluează numai sub forma unei oboseli prelungite.

OBOSEALA PREDOMINENT MUSCULARĂ

Acest simptom bolnavii îl resimt ca o stare de adinamie: eforturi musculare minime îi epuizează rapid.

Starea de oboseală musculară poate fi expresia unei boli musculare propriu-zise, așa cum ar fi: miastenia sau miozitele (inflamațiile mușchiului).

Diagnosticul acestor boli este mult ușurat prin introducerea în practică a examenului electromiografic, care permite diferențierea bolilor musculare de bolile nervilor.

Oboseala musculară poate precede uneori instalarea unei paralizii. Deci este un semn important de reținut și în bolile neurologice. Pe lîngă boli ale mușchilor sau nervilor, oboseala musculară poate să apară și în alte stări patologice. Astfel, în boala Addison (insuficiența suprarenală cronică), această stare de oboseală stă pe primul plan.

Modificări ale chimismului mediului intern și sîngelui, cum ar fi scăderea cantității de potasiu și glucoză, constituie cauze importante ale instalării oboselii musculare.

OBOSEALA DE NATURĂ PSIHIATRICĂ

Este vorba de o serie de stări patologice, în care oboseala se află pe prim plan și nu poate fi decelată existența unei afecțiuni organice.

Cele mai importante boli din această grupă sînt: neurastenia, psihastenia și sindromul de epuizare nervoasă reacțională.

În cazul neurasteniei, bolnavii resimt o oboseală fizică marcată, în mod paradoxal mai accentuată dimineața, însoțită de dureri de cap intense. De regulă, somnul este tulburat.

În psihastenie, oboseala resimțită este mai mult psihică. Bolnavii sînt lipsiți de vitalitate și spontaneitate, duc o viață retrasă, întîmpină greutăți în efectuarea unor operațiuni mintale simple.

Suprasolicitarea funcțională a sistemului nervos central poate duce la dezorganizarea funcționării acestuia, apărînd sindromul de epuizare nervoasă reacțională. Exemplul tipic îl constituie nevroza telefonistelor, care, către sfîrșitul programului de lucru, resimt o stare de oboseală marcată atît fizică, cît și psihică.

În producerea sa, un rol important revine condițiilor de mediu în care existența repetată și permanentă de stimuli intenși suprasolicită formațiunile nervoase afectate analizării acestora. În cazul nostru zgomotul permanent epuizează porțiunile corticale ale analizorului auditiv.

Un fenomen analog se poate produce și la persoanele care practică meserii în condiții de zgomot intens, cum ar fi mecanicii de avion.

Apariția neurasteniei și psihasteniei este în general strîns legată de condițiile concrete de mediu în care-și desfășoară activitatea persoanele respective, fără a nega totuși existența factorului individual.

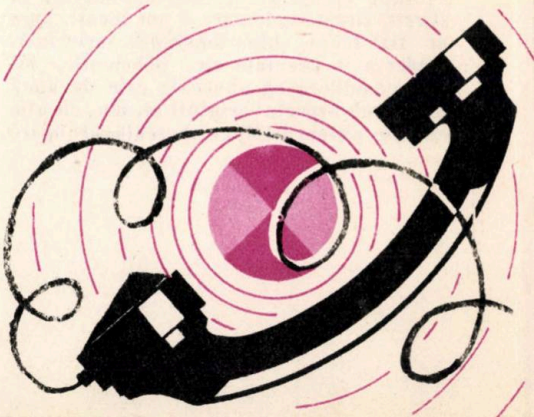
Acest fapt are reprecusiuni însemnate asupra întregului organism și în special asupra funcționării sistemului nervos central. Se produc perturbări în activitatea normală a acestuia, fapt care se traduce prin apariția unor îmbolnăviri.

Pe un plan deosebit se află stările conflictual-afective care, dezogranizînd ritmul normal de viață și realizînd supraîncordarea individului, de cele mai multe ori sînt elemente de bază în generarea unor dezechilibre psihice.

Dat fiind rolul major al factorilor de mediu în apariția stărilor de oboseală de natură psihică, prevenirea acestora are șanse deosebit de mari de reușită. Acțiuni concrete de igiena muncii, crearea unor condiții cît mai bune de desfășurare a activității omului, prin îndepărtarea factorilor nocivi psihogeni și prin protejarea sistemului nervos, se înscriu ca elemente de bază care asigură reducerea masivă a numărului de persoane cu stări nevrotice. Pe de altă parte, acțiuni de masă de educație sanitară, al căror conținut să se refere la problemele majore ale organizării vieții, în limitele respectării condițiilor igienei nervoase își aduc, de asemenea, o importantă contribuție. Dublarea acestor eforturi cu acțiuni menite să asigure o educație cetățenească și social-obștească corespunzătoare epocii noastre, tuturor cetățenilor, asigură și mai mult realizarea unor succese importante.

Regimul echilibrat de muncă și viață, cu respectarea condițiilor optime ale ciclului muncă-odihnă este un element esențial în asigurarea unei cît mai bune sănătăți psihice.

Dr. A. WEISS



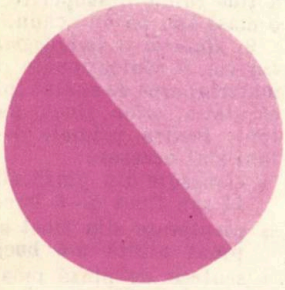
BENVENUTO CELLINI

Fabricant de instrumente chirurgicale

Cine ar crede că Benvenuto Cellini, faimosul giuvaergiu şi sculptor, gravorul de medalii şi monede, ştia să fabrice instrumente chirurgicale?

În curioasele sale memorii (traduse de Leopold Leclancher, ilustrate de Laguillermie şi editate de Quantin-Paris), Cellini arată cum lucra în atelierul lui Raffaello del Mono, care avea o fată nostimă şi de care fată Cellini era îndrăgostit. Într-o zi însă biata copilă căpătă o boală la mînă, care-i roase două falange de la degete şi tatăl fetei chemă un şarlatan, care declară că trebuie să-i taie tot braţul, dacă vrea ca fata să scape cu viaţă.

Familia fetei fu îngrozită şi atunci Benvenuto Cellini aduse un chirurg îndemînatic, maestrul Jacomo de Peruso. Acesta examină cu atenţie fata şi declară ca neadevărate prezicerile şarlatanului. Trebuia totuşi să extragă cele două oscioare cariate. Instrumentele chirurgului erau însă prea grosolane şi durerea fetei era grozavă. Atunci Cellini rugă pe chirurg să aştepte puţin cu operaţia. A dat fuga în atelier şi Cellini fabrică într-un sfert de ceas nişte foarfece curbe, extrem de fine şi tăioase, încît fata nu mai simţi nici o durere în timpul operaţiei.



Foarte recunoscători părinţii voiră să-l ia de ginere, dar cum se jenau să-i propună direct, rugă pe bunul prieten al lui Cellini, messer Giovani Galdi, ca acesta să facă pe mijlocitorul. Prietenul, ca mulţi prieteni, invidios, declară tatălui fetei: „Dar ia-ţi gîndul, căci Cellini nici gînd n-are să ia pe fata dumitale."

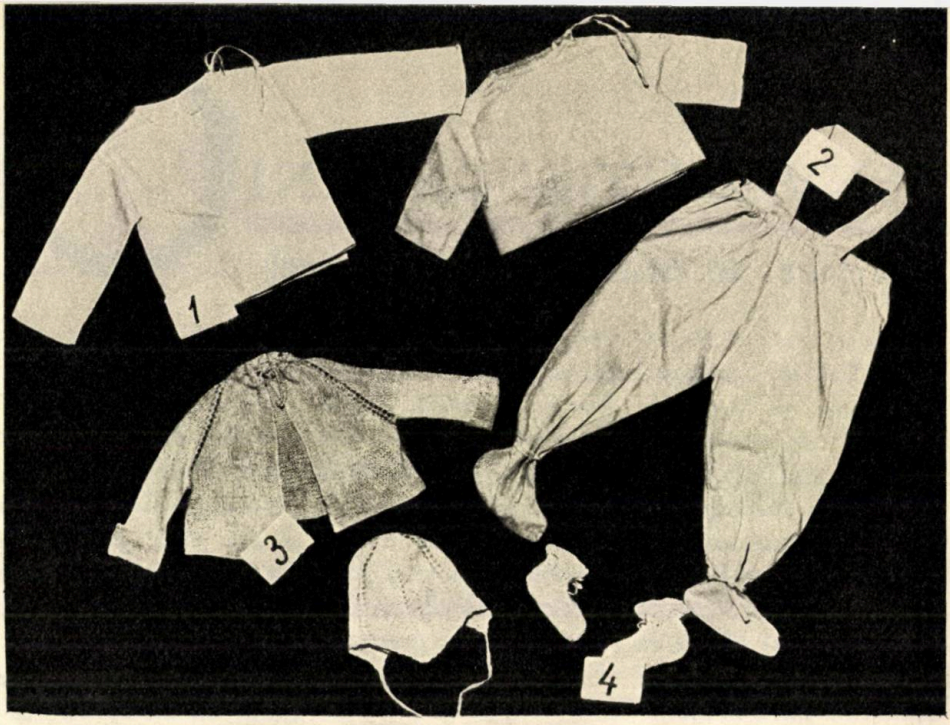
Fără să bănuiască, Cellini la rîndul său, fiind foarte sfios, rugă pe acelaşi amic să intervină pe lîngă Raffaello del Mono să-i dea pe fiica-sa, dar bunul amic îi comunică: „M-am gîndit înaintea ta şi am făcut propunerea lui Raffaello, dar acesta nici nu vrea să audă de tine".

Foarte amărît, Cellini caută un alt atelier, văzînd cu cîtă rezervă îl priveau şi fata şi părinţii fetei. Nu trecu mult şi ei măritară fata cu un alt tînăr.

Dar cum adevărul iese la lumină, peste cîtva timp, aflară cu toţii — spre disperarea lor — falsitatea amicului Galdi.

Benvenuto Cellini nu mai voi să audă de însurătoare. Se însură însă la vîrsta de 60 de ani. În tot timpul vieţii se ocupă în continuare de construirea de diferite piese chirurgicale, care unele au rămas şi astăzi ca model. A murit la vîrsta de 70 de ani.

A. POPESCU



PREGĂTIRI TEMEINICE

Pe lîngă pregătirea psihică, care se realizează printr-o atmosferă plăcută, de voie bună, afecţiune şi încredere, viitorii părinţi vor face pregătiri înainte de sosirea acasă a nou-născutului de la maternitate. Nu este indicată procurarea celor necesare după naştere, pentru că se face în grabă. Pentru a veni în ajutorul părinţilor, dăm o listă a mobilierului şi obiectelor indispensabile pentru început.

1. *Coşuleţul de răchită* este potrivit pentru primele 4—6 luni; după 6 luni, copilul va fi pus în pat de metal sau lemn, cu plasă, care, datorită dimensiunilor sale poate fi folosit pînă la 7 ani. Copilul nu va dormi în acelaşi pat cu mama. Dacă copilul rămîne în patul părinţilor se obişnuieşte curînd cu aceasta şi va reacţiona prin agitaţie şi plîns, cînd încercăm să-l punem din nou în coşuleţul lui.

2. *Salteaua* va fi tare, fără cute, din paie de grîu sau orez, talaş fin de lemn sau iarbă de mare. Lîna sau puful nu sînt bune pentru că deformează coloana vertebrală. Înălţimea cea mai potrivită a saltelei este de 5—6 centimetri.

3. *Muşamaua* fereşte salteaua de îmbibarea cu urină şi materii fecale. Ea va depăşi salteaua cu aproximativ 15—20 centimetri pentru a putea fi petrecută sub aceasta. Muşamaua se curăţă excelent cu Alba sau Perlan şi apă călduţă, cel puţin o dată pe zi.

4. *Cearceafurile de pat*, în număr de 3—6, din şifon sau pînză albită, vor fi, de asemenea, mai mari decît salteaua.

5. *Plapuma sau cuvertura de molton* trebuie să fie suple şi uşoare. Recomandăm cuvertura din molton, care se poate spăla mai uşor, spre deosebire de plapumă.

6. *Băiţa din material plastic* este plăcută la vedere, se manipulează şi se curăţă foarte uşor, fiind şi rea conducătoare de căldură.

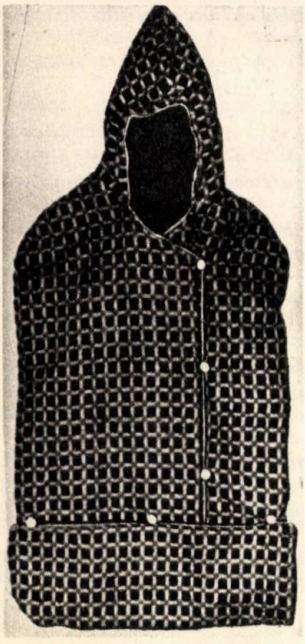
7. *Masa de înfăşat* poate fi o masă oarecare, pe care se pune o cuvertură acoperită cu un cearşaf.

8. *Dulăpiorul* (sau un raft din dulapul părinţilor) pentru depozitarea rufăriei copilului trebuie de asemenea să figureze în micul inventar. Este greşit obiceiul de a ţine rufele descoperite pe o masă sau pe un scaun.

9. *Rufăria şi îmbrăcămintea* vor fi confecţionate din material uşor de spălat (pînză albită, şifon, finet, molton). Pentru primele 4—6 luni sînt necesare:

- cămăşuţe din pînză albită sau finet 5—6 bucăţi
- pieptărăşe din finet sau pînză albită 5-6 bucăţi
- scutece de pînză moale, absorbantă, de 80/80 centimetri 6—12 bucăţi

- scutece de finet de 90/90 centimetri 6—12 bucăţi
- scutece mari confecţionate dintr-un material mai plin, dar moale (molton), cu dimensiunile de 110/110 centimetri 5—6 bucăţi
- dreptunghiuri de 30/45 centimetri, pentru a fi puse între picioare 6—12 bucăţi
- bonete de trei mărimi 3—6
- prosoape plușate de 1/1,5 metri, pentru baie 2—3 bucăţi
- jachete de bumbac sau lînă, după anotimp 3—4 bucăţi
- botoşei din lînă sau bumbac, după anotimp 2—4 perechi
- mănuşi din bumbac sau lînă, 1 pereche
- dreptunghiuri de material plastic, care să fie puse între scutecul mare şi scutecul mic 2—3 bucăţi
- sac călduros, căptuşit cu molton sau lînă tricotată cu glugă, pentru scoaterea la aer în anotimpul friguros şi în care sugarul să fie pus gata înfăşat 1 bucată



Se recomandă să se evite materialele aspre, care irită pielea foarte sensibilă a copilului.

10. *Biberoanele* se procură de la farmacie, atunci cînd copilul nu mai poate fi alăptat la sîn. Sînt necesare 7—8 biberoane din sticlă gradată.

11. *Tetinele* vor fi tot în număr de 7—8, pentru ca sugarul să primească la fiecare masă o tetină fiartă (deci sterilă).

12. *Un pahar* individual al copilului.

13. *O oală mare cu capac*, în care se fierb o dată pe zi biberoanele şi tetinele.

14. *Oale de 1—2 kilograme* cu capac (2—3 bucăţi), în care se prepară laptele, ceaiul sau alte alimente. Este bine ca aceste vase să fie individuale, ale copilului.

15. *Un ibric* sau o pîlnie mică emailată cu care se toarnă preparatele în biberon.

16. *O linguriţă* individuală.

17. *O sită mică*, prin care se pasează alimentele (cartofi, morcovi).

18. *Un termometru de baie*, necesar pentru măsurarea temperaturii apei pentru baie.

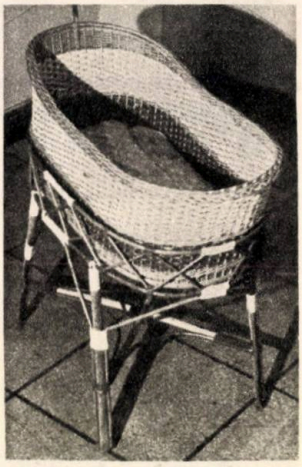
19. *Un termometru de cameră.*

20. *Un termometru maximal*, care se recomandă să fie individual.

21. *Săpun, ulei fiert şi răcit, vată, tifon*, necesare toaletei zilnice. În primele luni se recomandă săpunul de toaletă pentru copii sau săpunul de ras.

22. *Un căruţ*, util pentru orele de plimbare în aer liber.

Camera copilului va fi cea mai luminoasă din apartament; pe cît posibil nu se vor pune în ea mai mult decît patul, masa de înfăşat, dulăpiorul pentru haine şi rufe şi 1—2 scaune. Se recomandă ca mobilierul să fie vopsit cu ulei de culoare deschisă, iar pereţii să fie zugrăviţi, de asemenea, în culori deschise. Perdelele de la ferestre vor fi dintr-un material care se poate spăla des (o dată pe lună). Cînd copilul ajunge la 7—8 luni se aşază ţarcul în cameră, prevăzut cu muşama şi pe deasupra molton sau o pătură subţire, care să se spele uşor (cel puţin o dată pe săptămînă). Temperatura camerei este bine să fie între 18 şi 20°, cel mult 22° oricare ar fi anotimpul. Dacă sînt călduri mari în timpul verii, ferestrele trebuie prevăzute cu perdele de doc (de recomandat albe) sau din pînză, care să fie umezite de 2—3 ori pe zi, deoarece acestea, uscîndu-se, vor răcori camera. În timpul iernii trebuie să asigurăm umiditatea absolut necesară prin vase poroase sau tăvi care conţin apă şi pe care le aşezăm pe calorifer sau pe sobă.



Dr. G. VASILIU

Plăceri și Păreri

— Voi doctorii sînteți nu numai lipsiți de suflet, dar și fățarnici și în cele din urmă naivi.

— Nu cumva ești prea aspru?

— Sînt prea blînd. Uite, cînd mă învățați cum să mănînc, cum să mă călesc, cum să prețuiesc aerul curat și cultura fizică, vă admir, chiar dacă nu reușesc să vă urmez totdeauna sfaturile. Dar cînd încercați să convingeți lumea că viața ar mai avea vreun farmec fără o țigară, fără un pahar sau un păhărel...

— Stai puțin! Farmecul vieții este o valoare relativă, o chestiune de optică personală.

— Sigur că da. Prin urmare, dacă am o optică de ascet, cea mai mare plăcere pentru mine este să degustez un pahar cu apă rece, nimic altceva decît apă.

— De ce nimic altceva? Sînt pe lumea asta atîtea băuturi excelente, aromate și răcoritoare, fără pic de alcool.

— Vezi, acum ești ipocrit. Te cunosc și știu perfect că apreciezi un vin de clasă și că te pricepi să deosebești un coniac fin de unul obișnuit. Și dacă te caut prin buzunare, dau sigur peste pachetul cu țigări.

— Mai rămîne să plasezi ironia cu „să faci cum spune doctorul, nu cum face doctorul".

— Mi-ai luat vorba din gură.

— Să încerc să ies din încurcătură. Las la o parte pe confratele care greșește grav împotriva propriei sănătăți, deși nu se poate spune că nu este în temă. Probabil că aici intervine un mecanism foarte omenesc, ascuns în cele mai adînci cute ale personalității, care îl împiedică să mai fie față de sine însuși medicul priceput și devotat din fața bolnavilor săi.

— De acord. Însă nu uita că în temă sîntem și noi ceilalți, nemedicii. Cine nu știe astăzi că alcoolul este un toxic ale cărui efecte merg pînă la comă și moarte? Cine n-a auzit de cele 7 picături de nicotină care ucid un cal, sau de cancerul pulmonar, a cărui legătură cu fumatul nu o mai contestă nimeni? Pînă aici e limpede. Unde începe să nu mai fie limpede, e cînd dumneata, ca medic ce ești, după ce ți-ai făcut datoria și ai propagat ideile dumitale sănătoase, te așezi liniștit la un șpriț și aprinzi o țigară. Mă tem, cum spuneam la început, că ești nu numai prefăcut, dar și naiv, dacă îți închipui că noi ceilalți, văzîndu-te cum faci, sîntem dispuși să te credem.

— Ai puțintică răbdare și fii atent, că urmează esența problemei. Principalul lucru, în orice împrejurare, este ca omul să folosească minunatul său atribut care îl ridică pe treapta de sus a viețuitoarelor și care este gîndirea. Deci să raționăm. Problema de rezolvat: tutunul și alcoolul sînt o realitate, o tentație care mă înconjură din toate părțile. Mă atîng de ele sau nu? Răspunsul: da, dacă organismul îmi dă voie și în măsura în care îmi dă voie. Altfel, cu regret, răspunsul este un nu categoric.

— Deci dumitale îți dă voie?

— Da, pentru că mă prevalez de două avantaje: primul, că sînt sănătos; al doilea, că știu să fac deosebirea între uz și abuz.

— Bine, dar sînt substanțe toxice!

— Cîte nu sînt substanțe toxice? Încearcă să înghiți 20 de antinevralgice o dată.

— Antinevralgicul îl iau pentru că mă doare capul.

— Și un pahar de vin bun îl beau pentru că îmi face plăcere, ba chiar îmi procură o emoție de ordin superior, estetic. Un vin adevărat este o operă de artă, născută în mijlocul naturii și șlefuită de mîna măiastră a omului. Numai că ascult în permanență de cîteva principii, și anume:

1. Niciodată nu mă atîng de alcool înainte de lucru, cînd mă așteaptă orice fel de efort, cînd urmează să plec la drum.

2. Niciodată nu beau, fie și un păhărel de țuică sau o sticlă cu bere, pe stomacul gol. Numai la masă sau, în orice caz, cu o gustare.

3. Îmi cunosc reacțiile organismului și știu să mă opresc la prima senzație

care mă anunță că a încetat plăcerea și începe intoxicația.

4. Evit consumul sistematic, zilnic, așazis „civilizat".

— De ce? Ai văzut cum face Sfîntul în filmele lui: una-două, toarnă pe gît cîte un „scotch". Pe urmă pumnul său nu iartă.

— Stai mai bine de vorbă cu un boxeur adevărat sau cu un fotbalist, cu un atlet, cu orice sportiv veritabil care își cunoaște interesele. Incompatibilitatea absolută — unanim recunoscută — dintre alcool și performanța în sport constituie după părerea mea dovada cea mai convingătoare a acțiunii reale a alcoolului asupra organismului, indiferent de doză. Însă consumul sistematic, repetat în fiecare zi sau de mai multe ori pe zi, expune la un pericol mult mai grav. Obișnuința se transformă în necesitate, necesitatea se conformează unor legi implacabile și crește, crește mereu, pînă se ajunge pe nesimțite la alcoolism, care nu este un năravș sau o patimă, ci o boală în toată puterea cuvîntului, o toxicomanie, cu urmări groaznice pe plan atît individual, cît și social.

— Recunosc că nu este de glumit cu astfel de lucruri. Dar tot nu mi-ai spus: eu ce fac?

— Dumneata te poți găsi într-una din următoarele situații: ori în fața unei interdicții medicale, ori pe deplin independent. În prima eventualitate, nu ai de ales. Adio alcool și tutun, sau cel puțin la revedere, pînă se suspendă interdicția. În cea de-a doua eventualitate trebuie să-ți cunoști măsura, care este numai a dumitale și nu se potrivește cu a altora. La primul semn că nu-ți prieste să apeși imediat pe frînă.

— Cum pot să știu asta?

— Iată cîteva semnale de alarmă care pot fi puse mai mult sau mai puțin pe seama utilizării cronice a ambelor toxice: oboseală, scăderea poftei de lucru și a randamentului în muncă, reducerea apetitului, moleșeală, diminuarea funcției sexuale, o stare generală de depresiune, de rău greu de definit, combinată cu impresia dezagreabilă de îmbătrînire înainte de vreme. Nu este nimic umilitor sau rușinos în această situație. Fiecare cu organismul lui. Tot secretul constă în arta de a te opri la timp.

— Valabil deopotrivă pentru alcool și tutun?

— Deopotrivă.

— Atunci fii bun și spune-mi, rogu-te, cum faci să eviți consumul zilnic al țigărilor? Și care marcă de țigări te transpune în sfera emoțiilor artistice superioare?

— Aici m-ai prins. Am pus accentul prea mult pe elementul otrăvire, ca factor comun, și am lăsat la o parte deosebirile.

— Nu face nimic, este la mintea oricui. Cine bea din cînd în cînd un pahar de vin sau o bere nu e defel un alcoolic sau, hai să zicem, e numai un alcoolic potențial. Pe cînd cine fumează ar putea fi asemuit cu alcoolicul confirmat. El a căzut pradă viciului, să vrea să scape și nu mai poate.

— Pînă la un punct ai dreptate, în sensul că tabagismul este într-adevăr o toxicomanie, o „nicotinomanie", cum i se mai spune. Cu toate acestea, tratamentul nu ridică aceleași probleme. Cred că ai întîlnit destui fumători în jurul dumitale, oameni inteligenți și cu tărie de caracter, care într-o bună zi au zis: gata! — și gata a fost.

— Pentru că deocamdată nu simt nevoia să mă privez de o plăcere care, mie personal, nu-mi face rău. Te rog să notezi însă că nu trec de 10 țigări pe zi și că evit bineînțeles să mă transform într-un răufăcător, silindu-i pe alții să se otrăvească cu fumul de la țigările mele. Să mai notezi și că am spus deocamdată. Cînd o fi cazul...

— Bine, să te cred, n-aș vrea să te jignesc. Așadar, pe mine ce mă sfătuiești?

— Foarte simplu. Datele problemei le cunoști?

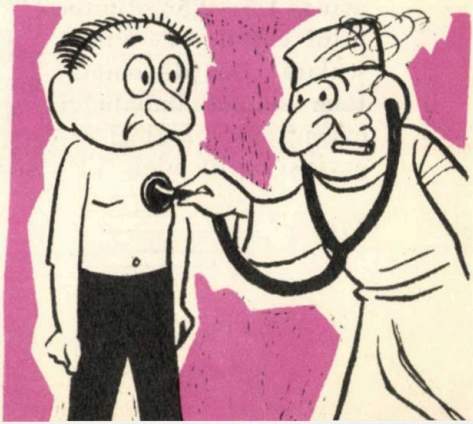
— Le cunosc.

— Pe dumneata însuți te cunoști?

— Nimeni nu m-ar putea cunoaște mai bine.

— Perfect. Judecată ai destulă, deci, ca să zic așa, procedura este completă. Rămîne să-ți faci singur procesul de conștiință, să-ți analizezi punct cu punct comportamentul și reacțiile organismului și să-ți rezolvi, în modul care se potrivește cu persoana dumitale, problema atitudinii față de alcool și tutun. Dar să o rezolvi cu adevărat, fără aminări, fără compromisuri, fără să te mai lași în voia valurilor. În numele intereselor sănătății dumitale, ca și al prieteniei sincere pe care ți-o port, mă consider îndreptățit să insist și te somez să o faci chiar astăzi.

Dr. AL. GHEORGHIU



REUMATISMUL COPIILOR

Boala reumatismală este veche de cînd lumea! Denumirea vine de la un cuvînt grecesc care înseamnă „a curge". Hipocrat, marele medic grec din antichitate, credea că durerile şi tumefacţiile sau „umflarea" articulaţiilor se datorau unor substanţe nocive, provenite din creier şi care „curg", răspîndindu-se în tot organismul. Este impresionantă răspîndirea mare a reumatismului: din ţările tropicale, pînă în ţările cu climat rece şi umed. 12% din întreaga populaţie a S.U.A., peste 14% din populaţia Angliei şi chiar peste 20% din populaţia altor ţări suferă de reumatism. 30—40% din totalul bolilor de inimă se datoresc tot reumatismului.

Deşi se consideră că reumatismul este o boală a tuturor vîrstelor, copiii sînt aceia care se îmbolnăvesc cel mai des de reumatism: 75% din totalul bolnavilor de reumatism au prezentat primul atac al bolii înainte de vîrsta de 21 de ani, iar 50% dintre ei înainte de vîrsta de 16 ani.

Reumatismul infantil atinge 1,5—2,5% din totalul copiilor de vîrstă şcolară. Dar de reumatism se pot îmbolnăvi excepţional chiar şi sugarii şi copiii mici. Vîrsta de la care începe de obicei reumatismul este între 5—6 ani, pentru ca la 9—12 ani să atingă maximum de frecvenţă, după care începe să mai scadă. Este mai frecvent întîlnit în lunile reci şi umede de toamnă şi iarnă, vara fiind destul de rar.

Caracteristică reumatismului infantil este marea *tendinţă la recidive*: la 50—80% din bolnavi se constată una sau mai multe recidive, mai ales în primii 5 ani de la primul atac, apoi mult mai rar.

Cauza reumatismului copiilor este bine precizată. Atît primul atac (prima îmbolnăvire), cît şi recidivele apar la 2—4 săptămîni după ce copilul a suferit o infecţie acută a căilor respiratorii superioare, anginâ sau amigdalita produsă de un microb special: *streptococul β-hemolitic din grupa A*.

Dar nu se îmbolnăvesc de reumatism toţi copiii care au suferit aceste infecţii, ci numai 3—5% dintre ei, adică numai cei predispuşi.

Predispoziţia pentru îmbolnăvirea de reumatism este de netăgăduit.

Nu se poate încă dovedi că reumatismul se moşteneşte. Dar se poate admite că există o *predispoziţie moştenită* de la părinţii care au fost şi ei reumatici, mai ales dacă copilul trăieşte în aceleaşi condiţii nefavorabile de mediu ca şi părinţii lui.

Predispoziţia moştenită poate fi însă modificată prin călirea organismului copilului prin cultură fizică şi sport, prin activitate în aer liber şi soare, prin alimentaţie corespunzătoare etc.

Există şi o *predispoziţie cîştigată sau dobîndită*, pentru îmbolnăvirea de reumatism. Copiii care se îmbolnăvesc repetat de angine, amigdalite,

și infecții streptococice ale căilor respiratorii superioare, cei care au suferit de scarlatină, sînt mult mai predispuși la reumatism. De asemenea, un copil care a suferit de un prim „atac" de reumatism are foarte multe „șanse" să se îmbolnăvească din nou, peste cîtva timp, să prezinte o „recidivă" de reumatism, uneori chiar mai multe, dacă nu se iau măsurile corespunzătoare.

Gravitatea reumatismului infantil constă în faptul că la 90—95% din bolnavi este atinsă și inima. În cîteva zile, durerile și tumefacțiile articulare, ca și mica febră, dispar chiar și fără nici un tratament, dar copilul rămîne cu inima bolnavă pe toată viața. Sînt și cazuri cînd încheieturile nu sînt de loc dureroase sau tumefiate, cînd copilul nu are febră, atacul de reumatism constînd numai în îmbolnăvirea inimii. De cele mai multe ori, însă, reumatismul copilului se manifestă prin tumefacții și dureri articulare, care se „plimbă" de la o articulație la alta, în timp ce febra atinge 38—39°. Foarte rareori reumatismul poate să înceapă cu dureri în regiunea apendicelui, și atunci bolnavul, considerat ca suferind de apendicită, este operat. Alteori, reumatismul începe cu o pleurezie, sau mai des cu mișcări dezordonate și involuntare ale membrelor, cu tulburări psihice și de comportament.

Prevenirea reumatismului este însă posibilă. Este dovedit că, dacă *copiilor nereumatici* care se îmbolnăvesc frecvent (des) de infecții streptococice ale căilor respiratorii superioare, angine, amigdalite, li se fac zilnic cîte 800 000 — 1 200 000 unități penicilină cristalină în 4 injecții intramusculare la 6 ore, timp de 10 zile, aproape nici unul sau cel mult 2 din 10 000 se vor îmbolnăvi de reumatism în următoarele 2—4 săptămîni. Dacă nu li se face acest tratament, se vor îmbolnăvi de reumatism 300—500 din 10 000 (deci de 150—250 ori mai mulți), iar dacă unii dintre ei au suferit de scarlatină cu cîteva luni mai înainte, cifra celor ce vor face reumatism va fi și mai mare.

Este dovedit, de asemenea, că se poate evita îmbolnăvirea de reumatism a *copiilor predispuși* dacă li se îndepărtează sau „asanează" focarele de infecții (amigdale, vegetații adenoide, carii dentare), dacă se tratează orice infecție streptococică a căilor respiratorii superioare (anginâ, amigdalită, adenoidită) cu 800 000—1 200 000 unități penicilină zilnic, în 4 injecții la 6 ore, timp de 10—12 zile, și dacă se îndepărtează condițiile de mediu deficitare.

Prevenirea unui nou atac la copilul reumatic se poate face cu rezultate pînă la 90% (chiar și mai mult) dacă copilul, timp de cel puțin 5 ani de la primul atac, ia zilnic 2 tablete de Penicilină „V", sau i se face la 7—10 zile cîte o injecție intramusculară de penicilină cu resorbție întîrziată („penicilină de depozit"), ca Moldamin sau Extencilline, copiii rămînînd sub supraveghere medicală permanentă ca „dispensarizați" timp de cel puțin 5 ani, în cadrul „dispensarizării antireumatice".

Lupta antireumatismală din țara noastră, ca și din alte țări, organizată astăzi pe baze științifice, oferă speranța reducerii puternice a frecvenței reumatismului infantil și a recidivelor de reumatism.

Conf. dr. docent
V. PETRESCU-COMAN

Calendar

Pentru menținerea sănătății, a tinereții, a netezimii și a supleții pielii este necesar să respectăm cîteva reguli esențiale care urmăresc curățirea pielii, hrănirea ei cu preparate adecvate și, în general, obținerea unui aspect cît mai îngrijit.

Aceste reguli trebuie să constituie o preocupare permanentă în sensul că ele trebuie practicate zilnic sau periodic (săptămînal, lunar) și nu întîmplător.

ZILNIC

— Seara înainte de culcare vom curăța obrazul înlăturînd impuritățile depuse în cursul zilei, precum și fardul. Vom folosi în acest scop un demachiant adecvat tenului nostru — emulsie Doina sau Tonapin (ten uscat), emulsie Mimosa sau îl vom spăla cu apă și săpun (Mona Lisa, Pygmalion, Santan) (ten gras).

— Vom aplica o cremă grasă, hrănitoare: crema Apidermin, Anca, Nectin, Sanda (ten uscat) sau hidratantă — crema Nivea — (ten deshidratat) sau o cremă uscată: Femina de zi, Vals de zi sau Elida de zi (ten gras) pe care le vom îndepărta înainte de culcare pentru a lăsa pielea să respire.

— Nu vom omite să acordăm aceleași îngrijiri pielii gîtului.

— Dacă obișnuim să ne fardăm ochii, îi vom spăla în fiecare seară cu infuzie de flori de mușețel sau demachiantul special pentru ochi Sanda. În felul acesta vom evita iritarea și înroșirea lor.

— Regiunea din jurul ochilor va fi unsă cu cremă și va rămîne astfel toată noaptea.

— Genele uscate și subțiri vor fi periate cu ulei de ricin proaspăt.

— În caz de cearcăne și pungi pe sub ochi vom aplica comprese cu acid boric 3%, infuzie de tei sau mușețel.

— Dinții vor fi spălați dimineața și seara, curățindu-i și pe partea interioară prin mișcări în direcție orizontală și verticală.

— Părul va fi periat în toate sensurile, fără a ne fi teamă că se strică ondulațiile, de preferință cu o perie de păr de porc.

— O dată pe zi sau chiar după fiecare spălat mîinile vor fi unse cu o soluție de glicerină, glicerolat de amidon, sau cu cremă Sanda pe bază de silicone. În felul acesta, pielea mîinilor va fi protejată față de acțiunea dăunătoare a substanțelor folosite în treburile de gospodărie și față de intemperii, rămînînd suplă și catifelată.

— Vom face toaleta completă a corpului, masîndu-l eventual și cu o mănușe aspră, ceea ce pune sîngele în circulație.

— Vom face plimbări pe jos timp de jumătate de oră chiar pe vreme ploioasă.

— Băi zilnice la picioare (în caz de deficiențe, degerături, circulație proastă, băi alternative calde-reci).

cosmetic

— *Nu vom neglija exercițiile de gimnastică timp de 5—10 minute dimineața la sculare sau dacă nu dispunem de timp le vom executa și seara.*

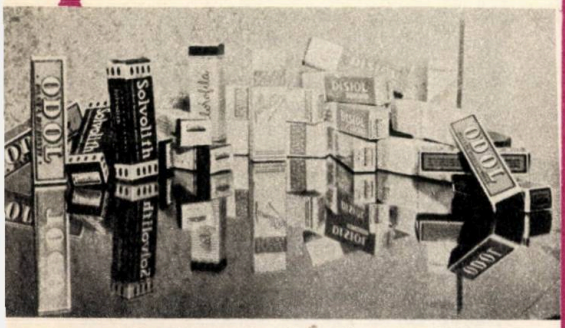
SĂPTĂMÎNAL

— *Vom aplica pe obraz și pe gît, curățate în prealabil, o mască hrănitoare adecvată tenului nostru pe care o vom păstra rămînînd în stare de perfectă relaxare timp de 20—30 de minute (masca Tenofin astringentă — ten gras) sau Tenofin emolientă (ten uscat sau ten normal) sau Tenofin pe bază de parafină.*

— *Dacă avem tendința de a face puncte negre le vom scoate săptămînal, după ce în prealabil am ținut pe obraz o compresă cu apă caldă.*

— *Părul îl vom spăla cu săpun sau cu un șampon adecvat naturii lui.*

— *Unghiile vor fi tăiate și curățate de pieliță.*



— *Dacă avem tendința să ne îngrășăm ne vom cîntări săptămînal. Dacă depășim greutatea normală vom lua măsurile respective, suprimînd din alimentație făinoasele și dulciurile.*

— *Părul anemiat și uscat va fi masat la rădăcină cu o loțiune tonică și va beneficia de asemenea de o baie de ulei.*

LUNAR

— *Vom face o curățire în profunzime a obrazului fie acasă, fie adresîndu-ne unei specialiste.*

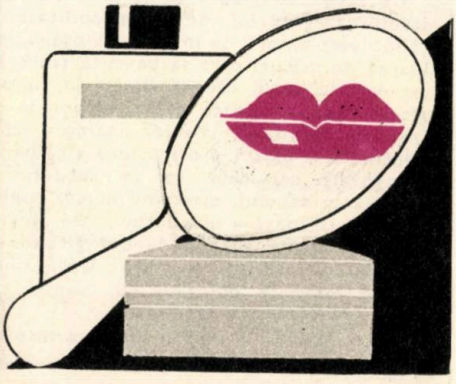
Părul de prisos de pe picioare va fi îndepărtat cu ajutorul depilatorului pe bază de rășini.

— *Vom face pedichiura.*

SEMESTRIAL

— *Ne vom controla la medicul stomatolog starea sănătății dinților. Numai astfel vor fi depistate la timp cariile dentare.*

Farm. L. COSMOVICI



PRIMUL AJUTOR

Frecvența lor în creștere și tributul important în vieți omenești pe care-l determină, a făcut ca O.M.S.-ul să consacre o serie de acțiuni (simpozioane, discuții largi cu specialiști și experți) tratamentului de urgență al accidentaților de circulație. Din studii amănunțite rezultă că mortalitatea mare înregistrată se datorește în bună parte insuficienței acordării primului ajutor. Se apreciază că dacă victimele ar primi la timp și în bune condiții ajutoarele necesare, numărul deceselor ar suferi o scădere de aproximativ 20%.

Deoarece medicii nu pot fi prezenți în toate cazurile de accidente, devine absolut necesar ca marele public să cunoască, atît teoretic, cît și practic, principiile de bază ale primului ajutor.

Se recomandă insistent predarea noțiunilor de prim-ajutor în școli și se preconizează ca eliberarea permiselor de conducere să fie condiționată de urmarea unui curs și promovarea unui examen sever privind problemele primului ajutor.

Accidentele de automobil sînt generatoare de traumatisme severe.

Traumatismele craniene se situează pe primul plan, prin gravitatea și frecvența lor. O anchetă efectuată în Scandinavia arată că din doi accidentați, unul prezintă lovituri la nivelul capului și că în 69% din cazurile mortale acest gen de trumatism a fost cauza directă a decesului.

Suferința creierului se repercutează asupra funcțiilor de importanță vitală, în special circulație și respirație. Reflexele protectoare abolite (tuse, strănut) și tonusul scăzut al musculaturii maxilarului inferior pot determina apariția unor stări de asfixie, fie prin căderea limbii în fundul gîtului, fie prin pătrunderea în căile respiratorii de secreții, mucozități sau sînge.

De aceea, se impune ca un prim element stabilirea gradului de permeabilitate a căilor respiratorii și în cazul blocării lor luarea de măsuri care să permită trecerea aerului. În cazul căderii limbii în fundul gîtului se basculează capul înapoi și se împinge maxilarul inferior înainte; dacă concomitent există și o fractură a coloanei vertebrale cervicale, se va renunța la bascularea capului, efectuînd numai împingerea anterioară a maxilarului. De asemenea, se curăță gura și fundul gîtului de mucozități, secreții și sînge. Dacă după aceste manevre bolnavul nu respiră, se instituie respirație artificială.

De multe ori, o dată cu oprirea respirației se oprește și inima, fapt care impune aplicarea concomitentă a masajului cardiac, de preferință de către alt salvator.

Traumatismele coloanei vertebrale au o gravitate deosebită prin posibilitatea lezării măduvei spinării. Accidentatul se transportă rapid și cu maximum de prudență.

Traumatismele toracelui ocupă un loc important, înscriind un indice de frecvență de 13%. Se însoțesc de regulă de tulburări grave respiratorii și circulatorii. În caz de fracturi costale se face imobilizare parțială cu ajutorul unui cearșaf. Accidentatul va fi așezat în poziția cea mai convenabilă pentru respirație.

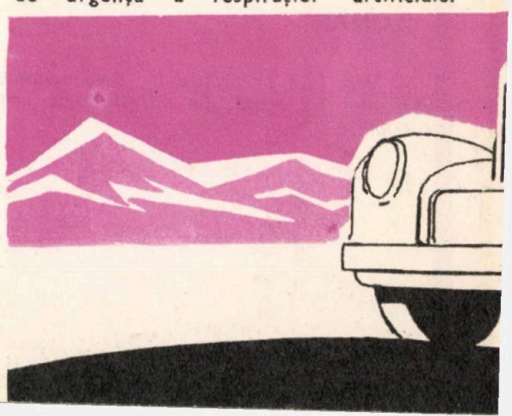
IN ACCI

Traumatismele abdominale. În cele închise, pericolul este determinat de rupturi ale organelor interne care pot duce la hemoragii (ficat, splină) sau la peritonite grave (stomac, intestin). În traumatismele deschise, cu exteriorizarea organelor, se aplică cu blîndețe un pansament alcătuit din comprese de tifon steril îmbibat în ser fiziologic călduț. Nu se va administra nimic pe gură (aliment sau medicament.)

Traumatismele membrelor, deși frecvente (38% din accidente), nu constituie cauză de deces decît numai în 2,3% din cazuri. Dacă se însoțesc de fracturi, se va face imobilizarea provizorie în atele. Rănile vor fi pansate cu grijă, avînd însă în vedere în primul rînd oprirea hemoragiei.

Indiferent de felul traumatismului, în primele momente după accident viața victimei este amenințată de oprirea respirației, oprirea inimii, hemoragie, șocul traumatic.

Oprirea respirației se întîlnește relativ frecvent și necesită aplicarea cu maximum de urgență a respirației artificiale.



Procedeele directe constau în introducerea ritmică a unei cantităţi de aer în plămîn; evacuarea sa este pasivă datorită elasticităţii ţesutului pulmonar.

Cel mai indicat procedeu este cel gură la gură, în care salvatorul insuflă în gura accidentatului aerul expirat de propriii săi plămîni. Procedeul nas-gură diferă doar prin faptul că insuflarea se face în nasul victimei.

Oprirea inimii se produce, de obicei, consecutiv opririi respiraţiei, însă se poate produce şi independent de aceasta. Se aplică cu maximum de urgenţă masajul cardiac, al cărui principiu este următorul: prin

DENTE DE AUTOMOBIL

efectuarea unei presiuni pe torace în regiunea inimii, sîngele conţinut în interiorul său este evacuat. Se aplică presiuni în ritm de 60 pe minut, pînă cînd inima îşi reia activitatea.

Hemoragia pune în pericol viaţa accidentatului. În caz de hemoragie internă (ruptură de ficat, splină), accidentatul este pus în repaus absolut (transport cu maximum de blîndeţe) şi se aplică o pungă cu gheaţă pe abdomen.

Dintre hemoragiile externe, cele mai periculoase sînt cele arteriale. Pentru oprirea acestui tip de hemoragie se pot utiliza următoarele manevre:

a) Comprimarea cu ajutorul degetului a arterei deasupra rănii. În rănile capului şi ale feţei, compresiunea se face sub rană, sîngele circulînd de jos în sus, de la inimă spre cap.

b) Aplicarea garoului; în lipsa acestuia se poate folosi o curea sau frînghie. Aplicarea se face prin intermediul unui strat de tifon şi nu se ţine mai mult de $1^1/_2$—2 ore, deoarece prin suprimarea totală a circulaţiei se poate produce mortificarea ţesuturilor.

c) Pansamentul compresiv: este un pansament mai bogat, conţinînd cîteva straturi alternative de tifon şi vată (vata nu se pune direct pe rană), şi strîns mai puternic. Menţionăm faptul că în rănile deschise ale craniului nu se poate aplica acest tip de pansament, deoarece se produc compresiuni.

d) Introducerea degetului în rană şi comprimarea directă a vasului care sîngerează. Manevra se efectuează numai în hemoragii deosebit de grave, dat fiind pericolul infectării rănii.

Şocul traumatic este o stare gravă a organismului determinată prin acţiuni violente asupra sa. Accidentatul este apatic, indiferent, nu răspunde la întrebări, pielea este galbenă-pămîntie, acoperită de sudori reci, mîinile şi picioarele se răcesc, pulsul este slab şi rapid. Prevenirea stării de şoc se realizează prin oprirea rapidă a hemoragiei. Accidentatul va fi învelit, se vor pune sticle sau cărămizi calde la extremităţi; va fi aşezat cu capul mai jos decît restul corpului pentru a îmbunătăţi circulaţia sîngelui în creier. Se va crea în jurul său o atmosferă de calm, încredere şi optimism, manevrele de prim-ajutor fiind efectuate cu maximum de rapiditate şi blîndeţe.

Iată şi cîteva sfaturi generale:

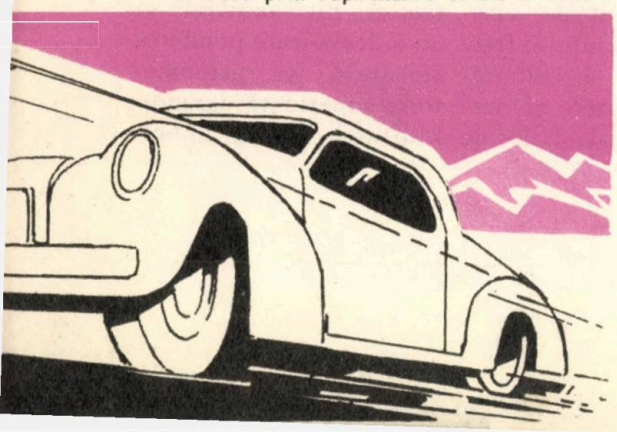
— Cel care acordă primul ajutor trebuie să dea dovadă de calm şi stăpînire de sine. Persoanele care stîrnesc panică şi împiedică luarea rapidă a măsurilor salvatoare să fie îndepărtate.

— Este necesară o orientare rapidă şi corectă, astfel încît să se aplice în primul rînd măsurile care se adresează elementelor de maximă gravitate pe care le prezintă accidentatul. Astfel, pe prim plan se situează aplicarea respiraţiei artificiale, a masajului cardiac, a opririi hemoragiei (cînd este cazul), chiar dacă accidentatul prezintă şi alte tulburări.

— Să se limiteze, pe cît posibil, orice manevră care accentuează suferinţa, mişcările strict necesare să fie blînde, simple, rapide şi precise.

— Transportul accidentatului către cea mai apropiată unitate sanitară trebuie să se facă în condiţii cît mai bune, cu prudenţă şi îndemînare, evitînd zdruncinăturile, care pot agrava suferinţa.

Dr. A. WEISS



alimentația

Copilul reprezintă ființa umană în permanentă creștere și dezvoltare.

Fenomen caracteristic vîrstei copilăriei, creșterea și dezvoltarea se află sub influența continuă a unor factori interni sau endogeni (și aici trebuie menționat rolul sistemului neuroendocrin, adică al sistemului nervos și al glandelor cu secreție internă), ca și al unor factori externi sau exogeni, sau factori de mediu, cum sînt: climatul, condițiile de salubritate, de igienă și îngrijiri igienice, gimnastica și sportul, alimentația.

Alimentația reprezintă factorul exogen cel mai important, întrucît influențează creșterea și dezvoltarea copilului mai rapid și mai puternic decît ceilalți factori exogeni și endogeni. Variațiile ei în plus sau în minus se reflectă cu maximă intensitate și rapiditate mai ales la vîrsta de sugar și copil mic.

Concepțiile în alimentația copiilor au variat de-a lungul vremurilor, fiind legate în primul rînd de condițiile social-economice și culturale ale mamei și familiei, dar și de unele „obiceiuri". Asfel, chiar și în primele trei decenii ale secolului nostru, în multe țări europene, printre care și țara noastră, alimentația sugarului la sîn era condusă „tradițional" astfel: pînă la 7 luni numai sîn; între 7 și 9 luni se adăuga un făinos fiert în lapte de vacă; de la 9 la 15 luni „sugarul" primea zilnic 2 fierturi de făinos în lapte de vacă și 5—6 supturi. Abia după 15 luni se introduceau treptat oul, pireul de legume și numai de la 1 1/2 an copilul era înțărcat și primea pe lîngă celelalte și carne, pește etc.

Un astfel de regim pentru copilul de 1 an era carențat și dezechilibrat: prea bogat în lapte, prea multe glucide și mai ales făinoase, prea puține protide, grăsimi și minerale, aproape complet lipsit de vitamine. Consecințele: frecvența mare a tulburărilor de creștere și dezvoltare, a distrofiilor de origine alimentară și a rahitismului.

Progresele științelor medicale, cunoașterea mai bine a fiziologiei digestiei la sugar și copilul mic, aplicarea cunoștințelor teoretice de fiziologie a nutriției în practica alimentației sugarului și copilului au permis modificarea „concepțiilor tradiționale" în alimentația sugarului.

Opoziția dintre alimentația „tradițională" a sugarului și concepțiile „actuale" este absolută. Sugarii hrăniți la sîn primesc acum de la vîrsta de 5—6 luni făinos cu lapte de vacă, apoi pireuri de legume și fructe, de la 6—7 luni ou, de la 8—9 luni carne, avînd tot timpul grijă pentru vitaminizarea lor corectă, iar între 9—12 luni sînt înțărcați.

Consecințele acestei „alimentații raționale" nu s-au lăsat așteptate. Sugarii corect hrăniți și vitaminizați nu sînt distrofici, nici rahitici; ei au o dezvoltare ponderostaturală și psihomotorie superioară, iar morbiditatea, adică îmbol-

năvirea, lor este sensibil mai rară; dacă se îmbolnăvesc, boala evoluează cu mai puţină gravitate, vindecarea stabilindu-se mai uşor şi mai rapid.

Concepţiile privind nevoile nutriţionale şi alimentaţia copiilor mai mari au evoluat, de asemenea, în ultimul timp.

În urmă cu cîteva decenii, Academia de medicină a unei ţări europene apreciind că tabelele prin care se preconizau normele raţiei alimentare pentru şcolari erau necorespunzătoare pentru elevii care fac sport, a propus să se interzică sporturile mai ales la şcolarii la pubertate şi să se limiteze gimnastica în şcoli la o oră pe săptămînă, în loc de a face recomandări pentru creşterea raţiei alimentare potrivit activităţii fizice desfăşurate, pentru a se alcătui o *alimentaţie raţională* a şcolarilor sportivi.

Alimentaţia raţională fundamentată pe aplicarea în practica alimentatiei a datelor ştiinţifice cu privire la nevoile nutriţionale ale copiilor de diferite vîrste a înlocuit în ultimul timp „alimentaţia empirică" de altădată.

Alimentaţia raţională, ţinînd seama de posibilităţile de digestie a alimentelor, la diferite vîrste ale copilului, asigură un echilibru perfect între ceea ce copilul primeşte şi ceea ce el necesită pentru creşterea şi dezvoltarea lui normală, ca şi pentru menţinerea stării de sănătate.

Hrana corespunzătoare trebuie să conţină toate principiile nutritive fundamentale: protide, lipide (grăsimi), glucide (hidrocarbonate), vitamine, minerale şi apă, în anumite cantităţi, cu respectarea unor anumite proporţii între ele, pentru a se păstra „echilibrul alimentar" necesar asigurării creşterii şi dezvoltării normale a copilului. Pentru sugarul din primele 4—5 luni de viaţă, acest echilibru este realizat de laptele matern.

S-au încercat diferite preparate de lapte de vacă pentru înlocuirea laptelui matern, dar pînă astăzi *nu s-a găsit „ceva" care ar putea să înlocuiască laptele şi dragostea mamei*.

După înţărcarea copilului, este necesar să i se dea, ţinînd seama de capacitatea lui de digestie, o alimentaţie variată, care să cuprindă alimente din toate cele 8 grupe: 1) lapte şi derivate (brînză, iaurt); 2) carne şi peşte; 3) ouă; 4) legume şi fructe (proaspete şi preparate); 5) produse din cereale; 6) leguminoase uscate; 7) grăsimi animale şi vegetale; 8) zahăr şi produse zaharoase, avînd în grijă şi acoperirea nevoilor zilnice de apă.

Alimentele din acelaşi grup avînd o valoare nutritivă asemănătoare, se pot înlocui unele cu altele.

Fiecare grup de alimente avînd însă caracteristici şi proprietăţi particulare bine definite, nu este posibil ca în hrana copilului să se înlocuiască un grup cu altul.

Pentru alcătuirea unei alimentaţii raţionale fiind necesari toţi factorii nutritivi, se cere ca hrana zilnică a copilului să conţină cel puţin cîte un reprezentant

raţională

A COPILULUI

din fiecare grupă. Dar şi pentru fiecare dintre aceştia este necesar să nu se depăşească anumite cantităţi corespunzătoare vîrstei copilului. De exemplu, să nu se dea copilului trecut de 2 ani mai mult de 500 ml lapte zilnic sau cantităţi mari de pîine, făinoase şi dulciuri în detrimentul legumelor şi fructelor.

Excesele şi carenţele alimentare sînt deopotrivă de periculoase pentru creşterea şi dezvoltarea copilului, ca şi pentru sănătatea lui.

Supraalimentaţia, fie *globală*, fie numai *calitativă*, are consecinţe dăunătoare. Un exces alimentar cu multe „calorii", mai ales la copiii care duc o viaţă „sedentară", care nu fac gimnastică şi sport, duce la obezitate.

Un exces alimentar de glucide (zahăr, dulciuri) ocazionează apariţia cariilor dentare şi a diabetului (boală ereditară care nu se evidenţiază decît la un exces alimentar, de obicei cu glucide).

Un exces alimentar de lipide (grăsimi) duce la îngrăşare şi favorizează (mai ales grăsimile animale) apariţia aterosclerozei de mai tîrziu.

Un exces alimentar de protide (mai ales de carne) este de asemenea dăunător, suprasolicitînd rinichii, pentru eliminarea resturilor proteice (uree, acid uric).

Subalimentaţia, fie globală fie calitativă, tulbură de asemenea creşterea şi dezvoltarea normală a copilului, ca şi starea lui de sănătate.

Copilul subnutrit rămîne mic şi slab (distrofic sau hipotrofic) şi prezintă semne de boală legate de lipsa diferitelor principii alimentare.

Carenţa în vitamină D, asociată sau nu cu carenţa de calciu şi fosfor, determină apariţia rahitismului, boală a întregului organism, cu deformările osoase caracteristice.

Carenţa în apă tulbură, de asemenea, creşterea normală a copilului şi periclitează grav şi sănătatea lui.

Exemple se pot da încă numeroase, pentru a ne convinge că într-adevăr, *creşterea şi dezvoltarea normală a copilului şi starea lui de sănătate reprezintă oglinda alimentaţiei lui raţionale.*

Conf. dr. docent
V. PETRESCU-COMAN

HIDROTERAPIE

(fabulă medicală)

Un bacil de difterie,
Ori de febră tifoidă,
Sau de... ce-o fi fost să fie.
Vara, pe o zi toridă,
Transpirat de-aşa căldură,
A intrat să facă baie
Într-o mică picătură,
Rămăşiţă de la ploaie...
Înota pe piept şi spate
Răcorit, şi craul şi brasă
Cînd pe lături, un confrate
Îl mustră cu voce groasă:
— Ce-ţi veni idei deşarte
Să-mi faci mie pe sirena?!
Pentru de-al de noi, e moarte
Să te joci cu... igiena!
Nici nu ştii ce formă rară
De viroză-ţi mai survine...

MORALA:

Igiena-i necesară
Dar... depinde pentru cine!

Dr. V. P. BALENTY

CIUPERCILE ALIMENTARE

Între sortimentele de legume sezoniere, figurează — mai ales în anotimpurile ploioase — și ciupercile. Apreciate mult pentru gustul lor deosebit de plăcut, ciupercile se impun în alimentație atît prin conținutul lor în proteine (4,9%) și glucide (3,6%), cît și prin bogăția lor în săruri minerale, mai ales potasiu (470 mg la suta de g), fosfor (135 mg), Fe (4,5 mg), magneziu etc., precum și în vitamine (vitamina PP 60 mg la suta de g, vitamina B_2 250 gamma etc.).

Ele se pot consuma fie în stare proaspătă, fie sub formă de semiconserve, contribuind astfel la asigurarea unei alimentații variate tot timpul anului.

Cele mai cunoscute soiuri de ciuperci comestibile sînt:

Ciuperca de bălegar sau de nisip, cu pălăria bombată, albă, suprafața netedă mătăsoasă și cărnoasă. Pe partea inferioară este prevăzută cu lame roz, așezate în raze. Piciorul este cilindric, neted și de culoare albă.

Mînătărcile, cu pălăria cărnoasă, bombate, cînd sînt tinere, sau plate la maturitate. Suprafața este netedă, de culoare brună sau galben murdar. Piciorul este cilindric și gros, atingînd diametrul pălăriei. Carnea este albă, densă, tare la cele tinere și își modifică consistența la bătrînețe.

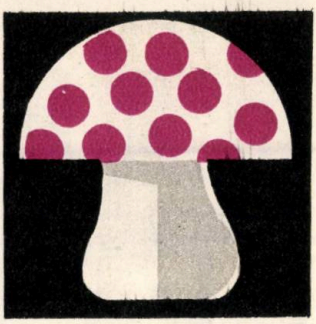
Alte varietăți mai sînt: bureții, zbîrciogii, gălbiorii.

Ciupercile trebuie recoltate de persoane cunoscătoare, deoarece există și multe varietăți asemănătoare de ciuperci otrăvitoare, care prin consumul lor pot produce intoxicații grave.

Astfel, din ciupercile otrăvitoare fac parte: ciuperca albă necomestibilă (Amanita phalloides), buretele pestriț (Amanita muscaria), zbîrciogul gras sau ciuperca încreștită (Hevella esculenta) și altele. Principiul activ al toxinei ciupercilor este un glucozid toxic: amanitina la ciuperca necomestibilă, muscarina la bureții flocoși roșii (pestrițí), acidul hevelic la ciuperca încreștită.

Ca tulburări în asemenea cazuri citãm: dureri intestinale intense la puțină vreme după consumarea lor, acestea fiind însoțite de grețuri și vărsături. Apare apoi o diaree puternică cu scaune ca ale bolnavilor de dizenterie. Uneori acești bolnavi prezintă icter (gălbinare), ficatul fiind profund atins. Funcția rinichilor este tulburată și bolnavul nu mai urinează. Otrava influențează și creierul. Bolnavul are stări de agitație puternică, delirează, are halucinații și tulburări grave ale ochilor. Inima este foarte mult slăbită, uneori intoxicația cu ciuperci putînd duce astfel la moarte.

Și în Capitală se mai constată cazuri de intoxicații cu ciuperci, datorită imprudenței unor persoane de a cumpăra acest produs alimentar de la vînzători ambulanți de



prin piețe, pe străzi, sau chiar la domiciliul cetățenilor. Acești vînzători exercită un comerț clandestin, neautorizat din punct de vedere sanitar și interzis prin dispozițiile legale.

A cumpăra deci de la astfel de comercianți este foarte periculos, întrucît nu există nici o garanție că ciupercile achiziționate sînt comestibile. Nu oricine are cunoștințele necesare ca să poată deosebi o ciupercă otrăvitoare de una bună, iar o greșeală cît de mică poate să aibă cele mai grave consecințe.

Comerțul de stat pune la dispoziția consumatorilor cantități importante de ciuperci de cultură, al căror consum nu prezintă nici un pericol. Ciupercile cumpărate de la unitățile comerciale de stat pot fi consumate fără teamă, ele oferind toată garanția în ce privește apărarea sănătății noastre, mai ales că organizațiile comerciale sînt obligate să însoțească orice cantitate de ciuperci pusă în comerț cu un certificat fitosanitar asupra originii și varietății lor.

Nu cumpărați deci niciodată ciuperci de la cei ce le oferă pe drumuri publice, prin piețe sau la domiciliu.

Dr. N. IGNĂTESCU

ALCOOLUL

Ora 18. Prin radio a pornit un ordin către mașinile de verificare a circulației: „Operația alcooltest a început". Drumurile au fost barate pe o întreagă regiune. Mai cu voie, mai fără voie, toți automobiliștii s-au oprit la invitația foarte politicoasă ce li s-a făcut și au suflat în baloanele de alcooltest.

Acțiunea s-a petrecut în Franța și a avut ca scop depistarea alcoolismului la conducătorii auto, cărora unele statistici le atribuie peste 20% din accidentele de circulație. Rezultatele au fost surprinzătoare. Din 193 de șoferi examinați, 56 consumaseră alcool. Dintre ultimii, 46 erau într-o stare de impregnare alcoolică caracteristică, depistabilă și fără test, adică aproape o proporție de 1 la 4.

O statistică O.M.S. arată că în Franța se bea în medie de locuitor 26,8 litri alcool pur pe an, în Italia media este de 24 litri; apoi vin în ordine Elveția cu 12,5 litri, Germania cu 11,5 litri, America cu 8,2 litri, Anglia cu 7,1 litri, Danemarca cu 6 litri etc.

Dacă beția este o stare temporară de dereglare cerebrală datorită unui abuz ocazionat de băuturi alcoolice, alcoolismul este considerat ca boală cronică permanentă cauzată de intoxicația lentă, cronică, continuă, care poate fi cauzată fără excese, prin absorbția repetată și zilnică de doze aparent inofensive.

Aproape nimeni nu-și face socoteala cînd spune că a băut doar vin, că spre exemplu 4 litri de vin la 10° au aceeași cantitate de alcool ca un litru de rachiu de 40°.

Alcoolul este același fie că provine de la bere, de la vin, de la lichioruri, fie de la toate celelalte băuturi spirtoase.

Doi litri de bere a 6° echivalează cu un litru de vin a 12°. Patru litri de vin a 12° corespund cu un litru de drojdie de 48° sau mai mult ca un litru de Whisky de 45°.

Tot în Franța, o anchetă-sondaj pe 2 726 de persoane a arătat că un muncitor manual absoarbe zilnic 1,94 litri de vin, un muncitor sedentar peste 1 litru și o femeie 0,60 litri. Interesant este că femeile care au profesiuni asemănătoare cu muncitorii manuali sau sedentari, beau și ele mai mult, tinzînd să ajungă cantitățile profesiunilor respective.

Dar chiar față de această medie, variațiile sînt mari, iar medicul foarte

îngăduitor care sfătuiește să nu se bea mai mult de 1 litru de vin pe zi nu este nici el ascultat. Fără să insistăm asupra efectelor nocive asupra organismului care s-au mai expus în diferite publicații, în ciroza de ficat (degenerarea țesutului hepatic funcțional) s-a constatat că dacă consumul de pînă la 80 g alcool pe zi (echivalent cu mai puțin de 1 litru de vin de 10° pe zi) nu dă leziuni vizibile, consumul de 1—2 litri de vin pe zi constituie un pericol net, iar la peste 2 litri pe zi, pericolul este foarte mare și ciroza aproape sigură.

Tot în Franța s-a constatat că 7% din francezii adulți de ambele sexe depășesc 2 litri zilnic. De aici și faptul că în 1965, spre exemplu, ciroza de ficat și tulburările cerebrale legate de alcoolism, ca *delirium tremens* și polinevrita alcoolică, au fost o cauză de mortalitate pentru 21 973 de francezi, cifră care întrece tuberculoza și poliomielita și este cu puțin mai mică decît cifra de mortalitate pentru cancer.

Facem o propunere cititorilor noștri. Calculați cît vă costă băuturile alcoolice (vinul, berea) pe lună și apoi pe un an în medie și cît revine proporțional față de venitul pe care-l aveți. Veți cbserva astfel că o parte însemnată din bugetul familial poate fi folosită în mod mai rațional pentru alte lucruri folositoare.

Și acum cîteva remedii:

Încă din secolul al XVIII-lea, unii medici vindecau alcoolicii supunîndu-i la un regim de supraalcoolizare. Băutură la discreție, mîncare gătită numai cu vin, vin în loc de apă. După cîteva zile de asemenea regim apărea un dezgust puternic pentru băutură.

În terapeutica modernă se creează, de asemenea, o aversiune pentru alcool prin sensibilizarea individului la acțiunea sa, prin provocarea de intoleranță.

Astfel, antalcolul (Disulfinom, Antabuz, Esperal) inhibează oxidarea de acetaldehidă care este un produs intermediar în metabolismul alcoolului în organism. După 4 ore de la înghițirea unui comprimat de Antalcol nu se mai poate bea alcool fără a avea tulburări care merg de la palpitații, la greață intensă, care durează cîteva ore și sînt urmate de somnolență. După aceasta, bolnavul se simte bine, dar nu mai are dorința să bea, căci tulburările reapar. Acțiunea unei administrări ține 6—12 zile. Simpla vedere a unui pahar de alcool provoacă la unii bolnavi sensibilizați apariția de greață.

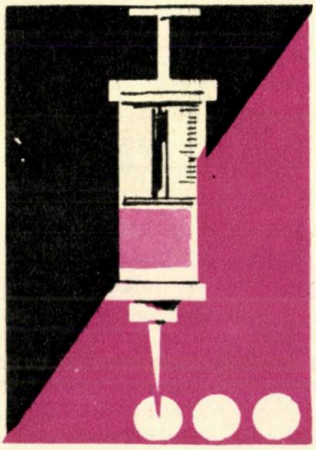
O altă metodă folosește administrarea de Apomorfină sau Emetină, care provoacă vărsături concomitent cu ingerarea de alcool. După cîteva repetări se provoacă reflexe condiționate și simpla vedere a unei băuturi declanșează o vomă reflexă chiar la vechii alcoolici. Un rezultat pozitiv este calmarea anxietății și hiperexcitabilității bolnavului, ca și suprimarea „nevoii de alcool". În acest mod, alcoolicul devine receptiv la psihoterapie și readaptare socială.

Tratamentul durează circa 9 zile și necesită internarea în spital. El poate fi încercat sub supraveghere medicală și ambulatoriu cu „tablete linguale" de Apomorfină. Vindecarea, ca și readaptarea socială sînt posibile pentru majoritatea alcoolicilor, dar pentru aceasta trebuie realizată o opinie de masă, să se învingă scepticismul și prejudecățile și să se facă cunoscute în mod obiectiv și științific formele de manifestare ale acestei intoxicații cronice cu efecte neplăcute.

Dr. N. POPOVICI

VOR FI STĂVILITE

TOATE BOLILE TRANSMISIBILE ALE COPIILOR



Bolile transmisibile ale copiilor au constituit pînă nu de mult groaza părinţilor. Să ne aducem aminte de panica pe care o dezlănţuia — în urmă cu cîţiva ani — apariţia unei epidemii de poliomielită, de rujeolă, de scarlatină sau de gripă... Dacă unele din bolile transmisibile — sau infecto-contagioase — erau grave prin mortalitatea mare pe care o ocazionau, direct sau prin complicaţii, cum este în cazul rujeolei, tusei convulsive, scarlatinei, altele, ca poliomielita, difteria, erau grave mai ales prin sechelele sau urmările lor.

Preocupările pentru găsirea unor posibilităţi de prevenire a bolilor infecto-contagioase sînt vechi şi rămîn mereu actuale.

Încă din secolul al XVIII-lea, Jenner, un medic englez, a observat că în timpul epidemiilor de variolă („vărsat mare"), văcarii care suferiseră de vaccină (o boală a viţeilor) nu se mai îmbolnăveau de variolă, în timp ce restul populaţiei se îmbolnăvea grav. Gîndind să combată variola, boală gravă, printr-o îmbolnăvire a omului cu vaccina viţeilor — boală foarte uşoară pentru om, dar care îl apăra contra variolei, — el a inoculat la om conţinutul pustulei din vaccina viţeilor şi a reuşit să-l protejeze de variolă. Astfel el a pus bazele profilaxiei specifice moderne. Ulterior, Pasteur a preparat vaccinul antirabic (contra turbării) şi anticărbunos (contra cărbunelui sau dalacului). Calmette şi Guérin au preparat vaccinul B.C.G. contra tuberculozei, iar Ramon anatoxina cu care s-au început vaccinările împotriva difteriei şi tetanosului. Madsen, Sauer şi Kendrick au introdus vaccinarea antipertussis (contra tusei convulsive), iar Salk, Lépine şi Sabin vaccinul contra poliomielitei, nume celebre care vor rămîne înscrise cu litere de aur în istoria medicinei.

Recent, s-au preparat şi se experimentează cu rezultate bune vaccinurile împotriva gripei , rujeolei (pojarului), rubeolei şi oreionului.

Ţara noastră se numără printre primele ţări europene care au introdus vaccinările obligatorii pentru prevenirea bolilor transmisibile. Numele lui V. Babeş, I. Cantacuzino, Ionescu-Mihăieşti, Combiescu rămîn adînc legate de lupta antiinfecţioasă în ţara noastră.

Pentru unele boli transmisibile nu avem încă vaccinuri. Scarlatina poate fi însă prevenită prin administrarea de antibiotice (penicilină), iar hepatita epidemică prin gammaglobulină, pe lîngă măsurile antiepidemice corespunzătoare.

Vaccinările preventive constituie mijlocul cel mai eficient prin care pot fi prevenite azi bolile transmisibile.

Numărul vaccinărilor şi revaccinărilor obligatorii preventive, în ţara noastră, a trecut de 22 milioane în 1966, faţă de 8 milioane în 1960.

Datorită lor, o serie de boli transmisibile grave au dispărut sau sînt pe cale să dispară. Din 1919 nu s-a mai înregistrat în ţara noastră nici un caz de variolă, în timp ce în toate ţările în care vaccinarea antivariolică nu este extinsă obligatoriu apar mereu noi cazuri de variolă. Difteria, tetanosul şi poliomielita sînt pe cale de eradicare. Tusea convulsivă a scăzut simţitor acolo unde s-a făcut corect vaccinarea antipertussis. Datorită vaccinului B.C.G., tuberculoza copiilor a devenit mai puţin gravă, iar mortalitatea prin tuberculoză a scăzut puternic.

Vaccinurile constituite fie din microbi omorîţi, fie din toxine microbiene special preparate, sau din bacterii şi virusuri vii dar făcuţi nevirulenţi pentru organismul uman, reprezintă arma de luptă cea mai sigură împotriva bolilor transmi-

sibile, prin starea de imunitate solidă pe care o creează.

Imunitatea este starea care conferă organismului rezistența la boli transmisibile (infecto-contagioase).

La naștere, copilul posedă suficiente gammaglobuline imune — transmise de la mamă în timpul vieții intrauterine — dacă mama a suferit ea însăși de boli transmisibile care conferă imunitate. Este o stare de *imunitate naturală înnăscută, transmisă de la mamă*, care se intensifică încă în primele luni după naștere, datorită anticorpilor transmiși prin laptele mamei, ca și unor infecții subclinice — care nu se manifestă prin semne de boală — dar care joacă rolul de „stimul antigenic", pentru formarea „de anticorpi imunizanți", în organismul sugarului. Către vîrsta de 6 luni, imunitatea obținută prin mecanismele de mai sus dispare și copilul devine receptiv, expus îmbolnăvirii.

Receptivitatea la boli transmisibile este mare în perioada copilăriei mici, dar ulterior, pe măsură ce înaintează în vîrstă, datorită maturizării biologice și imunologice, receptivitatea scade.

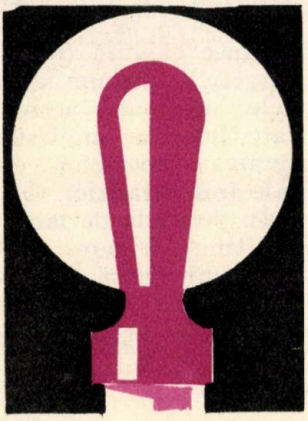
Toleranța imună este o stare de nereceptivitate datorită unei simbioze tolerante între organism și agentul patogen. Astfel, nounăscuții cu malformații congenitale născuți de mame care au suferit de rubeolă în primele luni de sarcină, pot să aibă virusul rubeolei în secrețiile nazale și în sînge încă cîteva luni după naștere, fără ca ei să fie bolnavi.

Imunitatea naturală este conferită organismului prin îmbolnăvirea de unele boli transmisibile. Datorită acestei îmbolnăviri se formează în organism anticorpi imunizanți, care după vindecare conferă o imunitate puternică, de durată, adesea pe toată viața. Așa este cazul rujeolei, rubeolei, varicelei, tusei convulsive etc.

Alte boli transmisibile, ca scarlatina, gripa, dau prin îmbolnăvire o imunitate naturală, dar de scurtă durată, astfel încît individul se poate îmbolnăvi din nou, după un timp, de aceeași boală.

Imunitatea activă se obține prin vaccinări.

Încă din săptămîna a 6-a — a 8-a de viață, sugarul are capacitatea de a răspunde la stimulii vaccinali prin formarea de anticorpi imunizanți. Dar răspunsul imunologic este încă slab și de scurtă durată. De aici, necesitatea ca prin noi inoculări de vaccin (rapeluri) să se stimuleze formarea de anticorpi imunizanți, pentru obținerea unui nivel imunitar suficient pentru protecția contra bolii transmisibile respective.



Numărul rapelurilor (revaccinărilor), intervalul la care se fac și doza trebuie respectate cu strictețe pentru ca reacția imunitară a organismului să fie suficientă.

Organismul mai poate fi protejat contra unor boli transmisibile și prin injectarea de ser specific contra bolii respective (ser antitetanic, ser antidifteric etc.). Se creează astfel o stare de *imunitate pasivă* de scurtă durată. Această posibilitate se folosește în cazul cînd individul care nu este imunizat anterior (prin îmbolnăvire sau prin vaccinare) a venit în contact cu microbii unor boli grave (tetanos, difterie); imunizarea lui trebuie făcută cît mai urgent, astfel încît boala să nu se declanșeze. Această seroprofilaxie are dezavantajul că ocazionează „boala serului", care poate produce mari neplăceri individului.

Calendarul vaccinărilor. Vaccinurile atît de binefăcătoare pot avea și consecințe negative, dar mai ales sînt lipsite de eficiență dacă vaccinarea se face fără a se respecta anumite indicații și contraindicații sau ritmicitatea și intervalul dintre rapeluri.

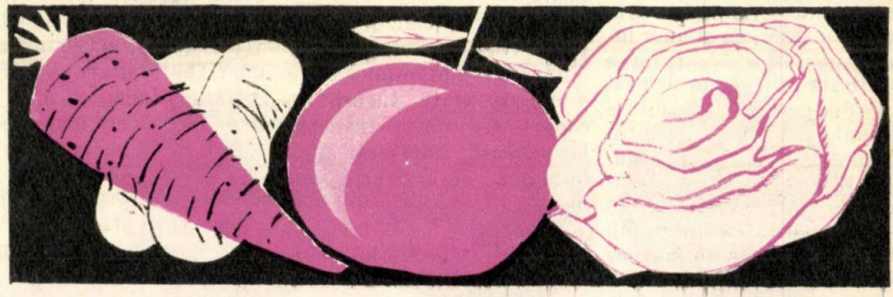
Pentru a se evita consecințele unor vaccinări „la întîmplare", s-a alcătuit un *„calendar al vaccinărilor"* care trebuie respectat întocmai.

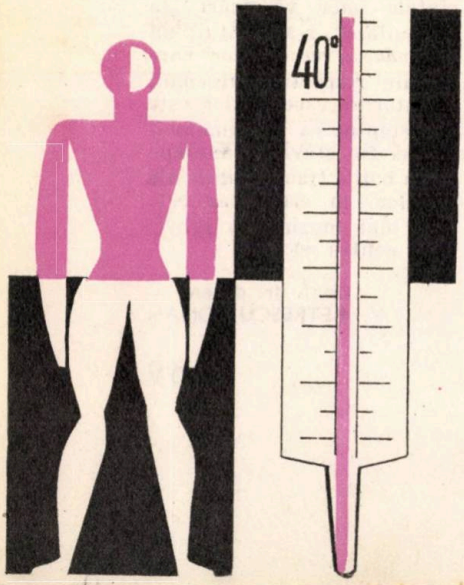
Datorită vaccinărilor este de așteptat ca în următorii ani să fie stăvilite aproape toate bolile transmisibile ale copiilor, în orice caz cele care mai prezintă o gravitate pentru ei.

Conf. dr. docent
V. PETRESCU-COMAN

ALIMENTAȚIA ÎN TIMPUL IERNII

Este bine cunoscut rolul pe care îl are alimentația în menținerea sănătății omului, în dezvoltarea fizică și mintală a organismului și în creșterea capacității de muncă, constituind astfel o condiție esențială a vieții. Alimentele ingerate trebuie să satisfacă în mod corespunzător, atît cantitativ, cît și calitativ, nevoile nutritive ale omului, care diferă atît după particularitățile fiziologice ale organismului (vîrstă, sex, maternitate, muncă etc.) cît și după condițiile mediului extern (climă, infecțiozitate, toxicitate etc.) Cerințele de mai sus sînt îndeplinite de către factorii nutritivi pe care îi conțin alimentele și care sînt: proteinele, lipidele, glucidele, sărurile minerale și vitaminele. Aceste substanțe nutritive furnizează organismului atît materialul necesar pentru elaborarea și repararea țesuturilor vii (rol plastic), cît și pe cel care produce căldură (rol energetic), precum și unele substanțe active, care intervin în desfășurarea proceselor vitale (rol catalitic).





În perioada de iarnă, pe timp friguros, organismul nostru are nevoie de o alimentație mai substanțială, mai hrănitoare, întrucît peste cheltuiala de energie necesară funcțiilor vitale și activității zilnice organismul mai trebuie să se adapteze la temperatura scăzută a mediului. Aceasta înseamnă că organismul necesită o cheltuială suplimentară de energie, pe care tot alimentele o acoperă, deci un surplus de alimente.

Între factorii nutritivi din alimente, în sezonul de iarnă se va pune un accent mai mare pe consumul de grăsimi (lipide), care prin valoarea lor calorică mărită (eliberînd de fiecare gram o cantitate dublă de calorii față de proteine și glucide) fac ca organismul să poată lupta mai ușor împotriva frigului. Se produce mai multă căldură pentru a compensa pierderile create în așa fel ca tempera-

tura corpului să rămînă constantă.

Pe lîngă mai multe grăsimi şi amestecul în meniul zilnic al tuturor substanţelor nutritive, mai este necesar să se asigure organismului şi vitaminele de care are nevoie, în special raţia de vitamină C. Dacă vara această problemă se rezolvă în general uşor prin bogăţia de verdeţuri, legume şi fructe proaspete pe care le avem la dispoziţie, în timpul iernii însă şi în special în ultima parte a sezonului de iarnă şi prima parte a primăverii, în raţia alimentară a populaţiei se resimte lipsa legumelor şi fructelor proaspete, care constituie principala sursă de acid ascorbic (vitamină C), mergînd pînă la aproximativ 90% din necesarul unui adult. Nevoia de vitamină C este de altfel în perioada de iarnă şi mai mare decît de obicei, întrucît această substanţă întăreşte rezistenţa organismului la infecţii şi la diferite răceli, atît de obişnuite în acest anotimp. Scăderea cantităţii de vitamină C, pe care trebuie să o primească organismul, duce treptat la slăbirea forţei de muncă fizică şi intelectuală şi la ieşirea din iarnă cu aşa-numita „astenie de primăvară".

La copii, la care vitamina C are o mare însemnătate şi pentru creşterea şi dezvoltarea organismului, în caz de carenţă apar la sfîrşitul iernii fenomene de oboseală mult mai accentuate însoţite de ameţeli, lipsă de energie, lipsa apetitului, tulburări digestive. În plus, copiii devin foarte receptivi la infecţii, din cauza rezistenţei scăzute a organismului.

Iată pentru ce este necesar să se consume produse alimentare care conţin această vitamină şi să se urmărească ca ea să nu fie distrusă în timpul prelucrării culinare a alimentelor.

După cum s-a arătat mai sus, legumele şi fructele asigură organismului un aport însemnat de vitamine şi săruri minerale, atunci cînd sînt proaspete. Dar şi în timpul iernii şi începutul primăverii există cantităţi însemnate de asemenea produse ca de exemplu: cartofi, ceapă, morcovi, gogonele, varză albă, castraveţi. Aceste legume, fie că sînt corect murate, în care caz mediul acid împiedică distrugerea vitaminei C fie că sînt păstrate în pivniţe corespunzătoare, pot furniza cantitatea necesară de vitamine.

Menţionăm că una din cele mai economice surse de vitamină C o constituie cartofii, care depozitaţi în pivniţe uscate, răcoroase şi la întuneric sau în silozuri special amenajate asigură păstrarea vitaminelor în bune condiţii; de altfel, modernizarea industriei alimentare a dus la perfecţionarea condiţiilor şi utilajelor pentru conservarea fructelor şi legumelor după mai multe metode, astfel că şi prin produse refrigerate şi congelate se poate acoperi nevoia de vitamine a populaţiei pe tot timpul anului.

Dr. N. IGNĂTESCU

SUMAR • SUMAR • SUMAR • SUMAR • SUMAR

Noi succese în ocrotirea sănătății 7
O călătorie științifică a lui Thoma Ionescu în Anglia și S.U.A. 11
Un medicament de neînlocuit 13
Ce măsuri trebuie să luăm la apariția unei boli contagioase 15
Îngrijiri cosmetice de iarnă 17
Organe artificiale 20
Un alarmant rezervor de virus al turbării: liliacul 24
Umor pe teme medicale 25
Forma nasului și chirurgia estetică 26
Sfaturi pentru excursioniști 28
Ce sînt și cum se produc icterele 30
Îmbăierea copilului mic..... 32
Prognosticul la asiro-babiloneni 34
Femeia, sportul și frumusețea 36
Spitalul și radioteleviziunea 38
Cîteva însemnări vechi despre fumători 42
Regina antibioticelor va fi detronată? 46
Plantele medicinale 49
Ați încercat sentimentul generozității? 51
Afișul de propagandă pentru donarea de sînge, la noi în țară și peste hotare 53
Este vinovat bolnavul de suferințele sale? 56
Nevoile energetice ale organismului 60
Medicamentele, gravida și sarcina 62
Codul manierelor... igienice 64
Care este răspunsul potrivit? 67
Cu sănătatea nu este bine să glumim 68
Util de știut 69
„Vîrsta critică" la bărbat.... 70
De ce trebuie evitate enervările? 73
Cancerul laringelui 74
Astmul bronșic și alergia..... 76
Gastrita cronică și regimul alimentar 80
Consultația prin corespondență 84
Cibernetica copiază biologia 86
Igiena corporală în lunile friguroase 88
La spălat rufe... în familie sau o masă rotundă „sui-generis" 92
Camera de reanimare 94
Cum se produce sunetul. Mecanismul fonației 98
Știați că puteți arăta ca un cameleon? 99
Aveți picior plat? 100
Sînt primejdioși viermii intestinali? 102
Umor 105
Cum, cît și de ce trebuie să se joace copiii?..... 107
Înfășatul și îmbrăcatul copilului mic 110
Este menopauza o „perioadă critică"? 112
Să ne pregătim pentru naștere 114
Scrisoare deschisă celor pușsi la regim 116
Pubertatea, epocă de mari prefaceri 118
Copilul nu învață bine 120
Naștere prematură — sarcină prelungită 124
Boala medicamentoasă 126
Însorirea locuinței 130
Antibioticele 132
Importanța vaccinărilor în prevenirea bolilor contagioase 134
Obezitatea de origine alimentară 136
Semnale din interiorul organismului 140
„Ciuma" de la Atena 144
Apa la genunchi (hidartroza) 145
Electronica salvează infirmii 147
Eritemul și bronzarea pielii 152
Virusuri și viroze respiratorii la copii 156
Regimul de viață și de muncă după hepatita epidemică 158
Sterilitatea 160
Urmările abuzului de condimente iritante 161
Prelucrarea culinară a alimentului 162
Ce trebuie să știm despre anestezia modernă 164
Laptele în alimentația adultului sănătos și bolnav 166
Oboseala ca simptom..... 169
Benvenuto Cellini, fabricant de instrumente chirurgicale .. 171
Pregătiri temeinice 172
Plăceri și păreri 174
Reumatismul copiilor 176
Calendar cosmetic 178
Primul ajutor în accidente de automobil 180
Alimentația rațională a copilului 182
Hidroterapie (fabulă medicală) 184
Ciupercile în alimentație 185
Alcoolul! 186
Vor fi stăvilite toate bolile transmisibile ale copiilor? 188
Alimentația în timpul iernii 190

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

EDITURA MEDICALĂ

Lei 14,50